

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 novembre 1884 à 1 heure

Par Gabriel GRENIER

Né à Lannepax (Gers), le 18 mars 1858
Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR LES AFFECTIONS

qui peuvent simuler la Coxalgie

Président de la Thèse : M. LANNELONGUE

Jury : MM. { DAMASCHINO, professeur.
RENDU, agrégé.
REYNIER, id.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

30

Année 1884

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 novembre 1884 à 1 heure

Par **Gabriel GRENIER**

Né à Lannepax (Gers), le 18 mars 1858

Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR LES AFFECTIONS

qui peuvent simuler la Coxalgie

Président de la Thèse : M. LANNELONGUE

Jury : MM. { DAMASCHINO, professeur.
RENDU, agrégé.
REYNIER, id.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER - HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.	
Professeurs		MM.
Anatomie		SAPPEY.
Physiologie		BECLARD.
Physique médicale		CAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale		A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		PETER.
		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale		GUYON.
		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		ROBIN.
Opérations et appareils		DUPLAY.
Pharmacologie		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale		HAYEM.
Hygiène		BOUCHARDAT.
Médecine légale		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LACOUÛBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		N.
Clinique des maladies des enfants		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses		RICHET.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.
POUILLY.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BUDIN.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHET.
DEBOVE.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert)
FATABEUF.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
chef des tra-	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
vaux anatomi-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
ques.	KILMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma vive affection

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR HÉRARD

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
(Stage 1882)

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLAILLON

Chirurgien de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
(Externat 1883)

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORAK

Accoucheur de St-Louis
(Externat 1883)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉCORCHÉ

Médecin de la Maison Dubois
Chevalier de la Légion d'honneur
(Externat 1884)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASTEX

Prosecteur à la Faculté de Médecine

INTRODUCTION

C'est en suivant le service de M. Terrillon, suppléant M. le professeur Gosselin dans la chaire de clinique chirurgicale de la Charité, que nous avons été témoin d'une contracture des muscles de la hanche simulant la coxalgie, venue à la suite d'une chute sur le grand trochanter. L'idée nous vint alors de choisir pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude des affections pouvant simuler la coxalgie. Nous fûmes encouragé dans cette voie par M. Castex, prosecteur à la Faculté, qui voulut bien nous aider de ses conseils, et mit à notre disposition une observation inédite qu'il possédait et que nous rapportons à la fin de ce travail.

Nous ne voulions cependant pas nous borner à faire le diagnostic différentiel de la coxalgie, ce sujet étant traité à fond dans tous les auteurs classiques que nous possédons. Nous avons surtout voulu étudier par quel « *mécanisme* » des affections fort diverses pouvaient, dans certaines circonstances, présenter le tableau clinique de la coxalgie.

Avant de commencer ce modeste travail pour lequel

nous réclavons toute l'indulgence de nos juges, nous prions notre maître M. le professeur Lannelongue, de vouloir bien accepter l'hommage de toute notre gratitude pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous donner durant le cours de nos études, et pour l'honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.

Nous prions aussi M. Castex de vouloir bien recevoir tous nos remerciements, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

DIVISION DU SUJET

Avant d'aborder notre sujet, il est juste de donner une définition de la coxalgie, car tous les auteurs ne s'entendent pas sur la signification à donner à ce mot. Pour nous, la coxalgie doit seulement comprendre la *tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale*, et non toutes les affections dont cette articulation peut être le siège. C'est d'ailleurs l'opinion professée par la majorité des chirurgiens.

Nous étudierons d'abord les symptômes de la coxalgie en insistant particulièrement sur l'attitude que prennent les malades, car c'est cette attitude qui donne le change dans les maladies que l'on peut confondre avec la coxalgie. Nous passerons ensuite en revue ces différentes affections et nous tâcherons d'expliquer comment, dans certains cas, elles peuvent faire croire à une affection qui n'existe pas.

SYMPTOMES DE LA COXALGIE

Le début est le plus souvent lent et insidieux, surtout chez les enfants. La maladie est fréquemment méconnue chez ceux qui ne marchent pas encore. Ils manifestent leurs souffrances par des cris, mais ils ne peuvent donner aucun renseignement sur le siège du mal. On doit alors soutenir l'enfant par les aisselles, et l'agacer en lui pinçant le pied par exemple. On voit la jambe saine s'agiter en tous sens, tandis que l'autre reste à peu près immobile. Ceux qui savent déjà marcher se fatiguent très-vite. Un exercice un peu trop prolongé peut éveiller chez eux des souffrances que dissipera facilement le repos.

Chez l'adulte, au contraire, c'est ordinairement la *douleur* qui ouvre la scène, et cette douleur se localise, en général, à la partie antérieure de l'articulation, au-dessous du milieu du pli de l'aîne. Son intensité est variable, tantôt sourde et continue, tantôt suraigue et intermittente. Les mouvements imprimés à l'articulation l'exaspèrent. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la douleur peut être moins accusée à la hanche qu'au genou par

exemple. Presque toujours elle existe, et il est tout à fait exceptionnel de la voir manquer. Brodie (1) et Gibert (2) n'en ont vu qu'un exemple chacun.

Il faut bien savoir cependant que si la douleur spontanée peut faire défaut, il n'en est pas de même de la douleur provoquée. Pour constater cette dernière, il suffit d'exercer des pressions autour de l'articulation ou d'imprimer des mouvements au membre malade. D'après Gibert, il existe en arrière et au-dessus du grand trochanter un point douloureux à la pression. D'après Malgaigne (3) on déterminerait toujours de la douleur en pressant en arrière du grand trochanter avec les doigts disposés en crochet. Une bonne méthode pour rechercher la douleur c'est celle employée par Brodie qui consiste à percuter le grand trochanter avec la paume de la main, de façon à refouler la tête du fémur contre la cavité cotyloïde. On obtient le même résultat en refoulant le fémur de bas en haut par des pressions exercées sur la plante du pied, le membre étant étendu.

Presque toujours aussi, on trouve un point douloureux à la pression sur le petit trochanter au niveau de l'attache du psoas, et notre maître M. Lannelongue nous l'a fait remarquer bien souvent.

Quant aux causes déterminantes de la douleur locale, elles s'expliquent facilement par les ramifications qu'envoient à l'articulation les nerfs crural et obturateur.

(1) Brodie. — Maladies des articulations, 1819.

(2) Gibert. — Etude clinique de la coxalgie chez les enfants (th, 1859).

(3) Malgaigne. Leçons d'orthopédie, 1862.

Mais, à côté de la douleur locale existe une douleur sympathique siégeant au genou et qu'on a appelé *gonalgie*. Elle peut même devancer et parfois masquer celle de la région malade. Elle ne siège pas exclusivement au genou mais se propage à toute la cuisse et parfois s'étend jusqu'au pied. Si elle est très-intense, et que celle de la hanche le soit peu, il est très facile de commettre une erreur de diagnostic et de prendre pour une affection du genou une véritable coxalgie. Que d'enfants auxquels on inflige des séries de vésicatoires sur sur cette articulation et qui ont une coxalgie !

La douleur du genou présente les mêmes variétés que celle de la hanche, tantôt sourde et continue, tantôt violente et intermittente. D'après Boyer, le toucher ne l'augmenterait pas. Son siège est aussi fort variable, mais son lieu d'élection est la face antérieure ou antéro-externe de la rotule.

La pathogénie de la douleur du genou a surtout exercé la sagacité des chirurgiens. Sans vouloir nous étendre longuement sur cette question il est cependant intéressant de résumer les opinions des divers auteurs. Brodie et Gerdy (1) la considéraient comme un phénomène *sympathique*. Bérard (2) l'attribuait à une *action reflexe* du système nerveux du membre, et c'est à cette opinion que se rattache M. le professeur Duplay. Crocq pense que ces douleurs sont simplement *névralgiques*, les nerfs étant englobés et comprimés par l'exsudation qui

(1) Gerdy. -- Mémoire sur les tumeurs blanches, 1840.

(2) Bérard. -- Dict. en 36 vol. -- Art. Hanche.

se produit dans les tissus voisins de l'articulation. Pour Bonnet (1), la coexistence si fréquente des douleurs de la hanche et du genou dépend de la coexistence de lésions dans les deux jointures. Malgaigne se range à l'opinion de Bonnet, et M. le professeur Verneuil a souvent constaté des lésions dans les deux articulations. Il faut bien reconnaître cependant que dans un grand nombre d'autopsies on n'a rien rencontré d'anormal dans l'articulation du genou.

M. le professeur Richet (2) pense que la douleur suit le canal médullaire : « chaque fois que l'occasion s'est offerte j'ai cherché à vérifier si cette théorie était bien fondée, et j'ai eu la satisfaction de la voir se confirmer de tous points. » Cette explication n'est pas adoptée par tous les chirurgiens, et la plus grave objection qu'on puisse lui faire c'est qu'elle ne rend pas compte des douleurs qui s'étendent parfois dans toute la jambe et même jusqu'au pied.

Dzondi et Bermond croient que la douleur est transmise au genou par les tendons des muscles qui, partis du bassin ou du fémur, vont s'implanter au genou. Pour Gilbert c'est le périoste qui transmet la douleur. Enfin M. Terrier croit qu'elle est due à une contracture réflexe des muscles entourant l'articulation coxo-fémorale.

Comme on le voit les théories ne manquent pas, mais il faut bien le reconnaître, aucune ne rend compte de la totalité des faits. Nous nous rangeons à l'opinion de notre

(1) Bonnet. — Traité des maladies des articulations.

(2) Richet. — Mémoire sur les tumeurs blanches, 1855.

savant maître, M. le professeur Lannelongue qui dans son mémoire sur les abcès froids et la tuberculose osseuse s'exprime ainsi : « Il est bien établi que beaucoup de tumeurs blanches sont dues à des tuberculoses ou à des lésions osseuses épiphysaires ; qu'il y ait ostéite, carie ou tuberculose osseuse, les douleurs *suivent le trajet de l'os*, elles *courent*, selon l'expression du malade, tout le long du membre. »

Si nous avons parlé de la douleur avant de parler de la *claudication*, ce n'est pas que la douleur apparaisse toujours avant la claudication. Le contraire se voit fréquemment surtout chez les enfants, qui « *traînent la jambe* » depuis longtemps lorsqu'ils commencent à souffrir. La claudication est parfois légère et caractérisée par la durée inégale de chacun des pas. L'ouïe permet quelquefois mieux que la vue de constater l'existence de ce trouble qui se traduit par une différence de rythme dans la marche. La découverte de ce signe est due à M. Marjolin (1) qui lui a donné le nom de *signe du maquignon*.

Mais bientôt la claudication se prononce davantage, et le malade marche en *fauchant* ou en *clochant*, jusqu'au jour où la marche elle-même lui est plus permise. Tandis qu'au début, c'est la douleur qui produit la claudication plus tard c'est la position vicieuse prise par le bassin qui a amené une différence apparente dans la longueur des membres.

Un autre symptôme aussi important que la douleur et la claudication se montre aussi au début de la coxalgie :

[1] Marjolin. Bulletin de la société de chirurgie 1865.

c'est l'*immobilité de la jointure* malade. L'ampleur des mouvements de l'articulation diminue peu à peu et cette diminution porte le plus souvent sur tous les mouvements. Après des alternatives de rémission et d'aggravation, il se produit une immobilisation telle que la cuisse se meut tout d'une pièce avec le bassin.

Pour rechercher cette immobilité de la jointure, il suffit de faire placer le sujet dans le décubitus dorsal, de poser l'index d'une main sur l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade, et d'imprimer différents mouvements avec l'autre main au membre inférieur. On sent qu'il existe de la rigidité articulaire, et si la maladie est assez avancée le bassin suit tous les mouvements imprimés au membre inférieur, ce que constate facilement l'index placé sur l'épine iliaque.

M. le professeur Verneuil (1) attache une grande importance à la limitation ou à l'abolition complète de l'abduction « Quand l'articulation coxo-fémorale est malade, on constate toujours une difficulté à porter la cuisse en dehors. A peine exécute-t-on ce mouvement qu'aussitôt le bassin suit et s'élève. Je n'ai pas encore vu pour ma part d'exception à cette règle. Ce signe pouvant exister dans d'autres affections que la coxalgie, je ne le considère pas comme pathognomonique, mais comme constant. »

A quoi est due cette immobilité de la hanche ? Hunter l'attribuait à la contraction involontaire des muscles. Cette action ne jouerait cependant qu'un rôle secondaire

(1) Verneuil. — Bulletin de la société de chirurgie, 1865.

d'après Brodie, Parise (1) et Bonnet. Dans sa thèse d'agrégation (1844), Maisonneuve admet que la limitation des mouvements de la jointure doit être rapportée aux muscles qui se contractent sous l'influence de la douleur et arrivent à être affectés d'une véritable contracture. Tous les chirurgiens attachent une importance si grande à la contraction musculaire dès le début de la coxalgie que Valette (2) a pu dire : « avec l'intégrité des mouvements de la hanche, pas de coxalgie. »

D'ailleurs, il est très souvent facile de se rendre compte par la palpation de l'état de rigidité des muscles péri-articulaires. Nous verrons plus loin le rôle important que joue la contraction musculaire dans la production de certaines attitudes de la coxalgie en l'absence de toute lésion articulaire.

Ce sont surtout ces *attitudes* prises par le membre inférieur du côté malade qui constituent un des symptômes les plus importants de la coxalgie. On peut les rencontrer dans des affections extra-articulaires, comme nous le verrons bientôt, mais elle n'en sont pas moins d'une importance capitale pour le diagnostic de la coxalgie.

Bonnet a réduit les positions adoptées par les malades atteints de coxalgie aux trois types suivants :

1° Flexion directe de la cuisse sur le bassin,

2° Flexion, abduction, rotation en dehors.

3° Flexion, adduction, rotation en dedans.

Le premier type est très rare, nous n'en parlerons pas. Un certain degré de flexion s'observe dans toute coxal-

(1) Parise. Arch. gen. de med. 1842 et 1843.

(2) Valette. Art. Coxalgie. Dict. de med. et de chir. pratiques.

gié, mais elle se complique presque toujours soit d'abduction, soit d'adduction. Quant à la rotation en dehors, ou en dedans, son importance a été exagérée. C'est surtout à l'inclinaison du pied qu'on la reconnaît, mais cette inclinaison peut être due à des causes tout autres que la rotation en dehors du fémur, ainsi ce mouvement peut se passer dans l'articulation tibio-tarsienne, ce qui arrive même très souvent. Cependant elle peut exister, mais pas à un degré aussi prononcé qu'on pourrait le croire.

D'après J. L. Petit (1), l'adduction serait toujours consécutive à l'abduction. Cette opinion est reconnue fausse aujourd'hui, et on admet qu'il y a des coxalgies qui dès le début placent le membre inférieur en abduction d'autres qui le placent en adduction.

A quelles causes faut-il attribuer ces différentes attitudes? Un nombre considérable d'hypothèses ont été émises. Dans leur traité, MM. Martin et Collineau (2) en passent 23 en revue. Presque toutes tombent devant l'étude attentive des faits et il n'en reste que deux qui soient admissibles. Nous allons les exposer brièvement.

Bonnet et Parise (3) injectant un liquide dans la cavité de l'articulation coxo-fémorale ont vu le membre correspondant se placer dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Cette expérience permet de croire qu'un épanchement articulaire remplaçant l'injection produirait le même résultat sur le vivant. Mais il ne faudrait pas en conclure que cette attitude soit toujours due à un

(1) J. L. Petit. Traité des maladies chirurgicales. Ed. Prevost.

(2) Martin et Collineau. — De la coxalgie, 1865.

[3] Parise — Loc. cit.

épanchement, car plusieurs autopsies sont venues démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi. On a trouvé en effet des coxalgies dans lesquelles le membre inférieur était dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors sans que l'articulation coxo-fémorale contint trace de liquide. De plus cette hypothèse ne rend pas compte des formes de coxalgie dans lesquelles le membre se place en adduction et rotation en dedans. Bonnet, il est vrai, a essayé de les expliquer en disant que l'adduction et la rotation en dedans sont dues à la situation des malades lorsqu'ils se couchent sur le côté sain la cuisse se trouvant entraînée par son propre poids dans l'adduction et la rotation en dedans.

J. Guérin attribua le premier l'attitude particulière de la cuisse à l'action involontaire de certains muscles entrant en contracture par suite de l'irritation spéciale des nerfs qui leur correspondent. Bonnet se refusait à faire jouer un rôle à ces contractions parce qu'il ne pouvait s'expliquer pourquoi tel groupe musculaire se contractait plutôt que tel autre.

De ces deux théories quelle est celle qui rend le mieux compte des faits ? Il est difficile de se prononcer. M. Benoit, dans sa thèse inaugurale, a examiné consciencieusement cette question, et pour lui la flexion avec abduction et rotation en dehors serait toujours due à un épanchement articulaire, tandis que la flexion avec adduction et rotation en dedans serait le résultat de la contraction musculaire. La diversité des théories prouve la difficulté de la question. Nous avons songé un moment à instituer nous-même des expériences, mais nous avons

du abandonner ce projet, n'ayant ni le temps, ni la compétence nécessaires pour mener cette entreprise à bonne fin. Nous adoptons la conclusion de M. le professeur Duplay (1) qui s'exprime ainsi : « La théorie de la contracture musculaire, produite par irritation réflexe, paraît rendre mieux compte de l'attitude vicieuse du membre, quoiqu'il reste encore à déterminer pourquoi celui-ci se place tantôt dans une position, tantôt dans une autre. »

Nous avons vu plus haut qu'au début de la coxalgie la cuisse est toujours fléchie sur le bassin et ne peut exécuter les mouvements habituels, le fémur et le bassin paraissent soudés. Dans ces conditions, si le malade veut se tenir debout et marcher, il est forcé de reporter le centre de gravité du tronc en arrière, c'est-à-dire de renverser le tronc en arrière, d'où résulte une inflexion appelée *cambrure* ou *ensellure lombaire*. Cette ensellure est facile à constater en faisant placer le malade dans le décubitus dorsal. On remarque tout de suite qu'il tient sa cuisse fléchie sur le bassin, et si on appuie sur le genou pour ramener les deux membres au parallélisme, on constate que le rachis s'incurve au niveau des lombes.

Mais, en même temps que le membre se place dans la flexion, nous avons vu qu'il se plaçait aussi soit en abduction soit en adduction. Si le membre est fléchi et en abduction, lorsque le malade voudra se tenir debout, il sera obligé de ramener les deux membres au parallélisme, et comme le fémur ne peut pas se mouvoir sur le bassin c'est le bassin qui s'inclinera du côté malade afin de réta-

(1) Follin et Duplay — Traité de path. ext. t. III.

blir l'équilibre. Ce mouvement ne pourra être obtenu que par une *inflexion* en sens inverse de la colonne vertébrale qui décrira ainsi une courbe à convexité dirigée du côté malade. De plus, il se produira un aplatissement de la fesse et l'abaissement du pli fessier. Si au lieu d'être en abduction, le membre est en adduction, le bassin s'élèvera du côté malade et la colonne vertébrale présentera une courbure à concavité dirigée du côté atteint. La fesse pourra être bombée, le pli fessier sera remonté.

Ces deux variétés de déviations de la colonne vertébrale ne sont pas les seules, car le plus souvent le membre inférieur subit un mouvement de rotation auquel correspond un mouvement de *torsion* dans la colonne vertébrale. Le même mécanisme servant à l'expliquer il n'est pas nécessaire d'insister. Qu'il nous suffise de dire que lorsqu'il y a rotation en dehors, l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade devient proéminente et se place sur un plan antérieur à celui du côté sain. Une déviation inverse se produit lorsque le membre est en rotation en dedans.

Ces déviations du bassin déterminent à leur tour des variations apparentes dans la longueur des membres. D'après S. Cooper (1), c'est Hunter qui le premier expliqua l'allongement du membre par l'inclinaison du bassin, mais c'est surtout Parise (2) et Bonnet qui ont étudié la question à fond. Nous nous bornerons à donner ici les résultats admis de nos jours par tous les chirurgiens. Il

(1) Mémoire 1809.

(2) Loc. cit.

est évident que dans l'abduction, par exemple, le bassin s'inclinant du côté malade, le membre inférieur de ce côté paraîtra plus long que celui du côté opposé. Il paraîtra plus court, au contraire, si le membre est dans l'adduction. Mais, placez les deux épines iliaques sur le même plan transversal, les deux membres auront la même longueur.

Un autre résultat, facile à expliquer, se produit encore. Si on mesure, sur un homme sain, la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole externe, on remarque que cette distance diminue avec l'abduction de la cuisse et augmente avec l'adduction. Il faudra donc, pour que la mensuration donne des résultats exacts, que les deux membres soient parallèles à une ligne verticale passant par le centre du bassin.

Résumant les quelques lignes qui précèdent nous pourrions dire que :

1° L'abduction du membre produit : l'allongement apparent à la vue, le raccourcissement apparent à la mensuration.

2° L'adduction du membre produit : le raccourcissement apparent à la vue, l'allongement apparent à la mensuration.

On ne peut cependant pas nier qu'il ne se produise parfois des variations de longueur réelles, mais c'est excessivement rare. Ce n'est que dans les dernières périodes de la coxalgie que peut se produire ce phénomène, et encore, pour le produire, faut-il une luxation du fémur sur l'os coxal ou la pénétration de la tête fémorale dans le bassin.

Nous devons noter aussi que le raccourcissement réel peut être dû à l'*atrophie* du membre malade. Presque tou-

jours cette atrophie est très précoce puis qu'on l'observe même avant que l'enfant ait été retenu au lit. Elle s'accroît avec les progrès de la coxalgie et porte non seulement sur la cuisse, mais sur tout le membre inférieur. Aussi, comme le dit M. le professeur Duplay (1) « arrivés à un âge plus avancé, les malades présentent un membre inférieur d'enfant à côté d'un membre d'adulte. »

Nous terminerons cet exposé en résumant dans un tableau les attitudes propres à la coxalgie :

Flexion.	Cambrure lombaire.	} Applatissement de la fesse.
Abduction.	Abaissement du bassin du côté malade.	
Rotation en dehors.	Convexité lombaire du même côté.	
	Torsion pelvienne plaçant l'épine iliaque du côté malade sur un plan antérieur à celui du côté opposé.	} Abaissement du pli fessier.
Flexion.	Cambrure lombaire.	} Saillie de la fesse (pas toujours).
Adduction.	Élévation du bassin du côté malade.	
Rotation en dedans.	Concavité lombaire du même côté.	} Élévation du pli fessier.
	Torsion pelvienne plaçant l'épine iliaque du côté malade sur un plan postérieur à celui du côté opposé.	

(1) Duplay. *Gazette des Hôpitaux* 1878. p. 498.

DES DIVERSES AFFECTIONS QUI PEUVENT SIMULER
LA COXALGIE.

Si les considérations que nous avons présentées dans le chapitre précédent sont exactes, elles nous montrent que la cause principale des diverses attitudes que l'on peut observer dans la coxalgie réside dans la contracture de certains groupes musculaires de la hanche. Or, si ces groupes musculaires peuvent entrer en contracture sans que l'articulation coxo-fémorale soit lésée, nous pourrions observer ces mêmes attitudes sans qu'il y ait coxalgie.

Nous allons donc essayer de démontrer que les affections que l'on peut confondre avec la coxalgie donnent lieu à des contractures musculaires instinctives, et l'étude sommaire de ces contractures nous permettra de tracer un cadre dans lequel nous essaierons de faire rentrer toutes les affections dont nous avons à parler.

Si on irrite expérimentalement un nerf moteur, on voit aussitôt les muscles qu'il anime entrer en contraction. La clinique vient confirmer les résultats de l'expé-

rimentation et tout le monde sait que la névrite est accompagnée de contractures, au moins au début de la maladie. Le voisinage d'un abcès, la compression d'un plexus ou toute autre cause, une fracture, un cal par exemple, pourront produire le même résultat. Que la cause d'irritation du nerf disparaisse, et aussitôt le muscle reviendra à son état normal, à moins cependant qu'à la contracture n'ait succédé ce que l'on appelle la rétraction. Il existe, en effet, deux variétés de contracture musculaire, l'une temporaire, spasmodique, n'entraînant aucune modification dans la structure du muscle, l'autre continue, faisant subir au muscle des modifications telles qu'il ne revient jamais à son état primitif. C'est à la première variété qu'on a donné le nom de contracture, réservant le nom de rétraction à la seconde. La rétraction succède à la contracture.

D'autre part, qu'un nerf sensitif soit irrité, il se produira une douleur déterminant sur la moëlle une impression qui se communiquera spécialement à ceux des nerfs moteurs dont l'origine correspond à celle des nerfs sensitifs excités. Il se produira en premier lieu de la douleur, ensuite une véritable contracture. Ce sont là des phénomènes réflexes.

Une lésion d'un nerf moteur ou d'un nerf sensitif peut donc amener des contractures musculaires. De là la division suivante que propose M. J. Simon, à l'article contracture du dictionnaire de médecine et de chirurgie.

1° *Contracture idiopathique*, c'est-à-dire se produisant en dehors de toute lésion appréciable, et dès lors constituant une affection nerveuse essentielle, une névrose.

2° *Contracture symptomatique*, c'est-à-dire se présentant comme symptôme dépendant d'une altération organique.

3° *Contracture sympathique* ou par *action reflexe*, se rattachant à certaines affections primitives dont elle est comme le contre-coup.

Nous devons faire remarquer que cette division est tout à fait arbitraire, car une lésion peut affecter un nerf mixte, ou en même temps un nerf moteur et un nerf sensitif. La contracture qui en sera la conséquence sera symptomatique et reflexe tout à la fois.

Avant d'étudier ces contractures, il nous paraît utile de dire quelques mots de la physiologie des mouvements de la hanche.

PHYSIOLOGIE DES MOUVEMENTS DE LA HANCHE

L'articulation coxo-fémorale exécute tous les mouvements ; flexion, extension, adduction, abduction, circumduction. Elle peut encore exécuter les mouvements de rotation en dedans ou en dehors.

La *flexion* est très étendue. Les muscles qui concourent

à produire ce mouvement sont : le psoas iliaque, le fascia lata, le droit antérieur, le pectiné et le couturier.

L'extension est due aux trois muscles fessiers qui portent en même temps la cuisse dans l'abduction et la rotation en dehors.

L'adduction n'est très étendue que lorsque la cuisse est déjà fléchie sur le bassin. Les muscles qui produisent l'adduction sont : le pectiné, les trois adducteurs et le droit interne.

L'abduction est très étendue et produite par les trois muscles fessiers.

La *rotation en dehors* est due à l'action des muscles pelvi-trochantériens : pyramidal, obturateur interne, obturateur externe, carré crural, jumeau supérieur et jumeau inférieur.

La *rotation en dedans* est produite par les muscles fascia lata, moyen fessier et petit fessier.

Tous ces muscles sont animés par des nerfs venus soit du plexus lombaire, soit du plexus sacré.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes classes de contractures musculaires.

CONTRACTURES IDIOPATHIQUES

Nous pourrions faire rentrer dans cette classe deux affections de nature bien différente quoiqu'on les ait longtemps confondues : la *coxalgie hystérique* et la *contracture essentielle des adducteurs* étudiée dans ces dernières années par M. le professeur Verneuil.

Coxalgie hystérique. — Brodie, (1) le premier, remarqua que chez certaines femmes hystériques il pouvait se produire des contractures douloureuses des muscles de la hanche, donnant au membre les attitudes de la coxalgie, sans que pour cela l'articulation coxo-fémorale fut atteinte. Cette affection fut étudiée après lui par Robert (2), Gosselin, (3) Verneuil etc, qui ont publié des observations concluantes. Toutes démontrent que ces contractures permanentes sont un symptôme d'hystérie grave et même d'hystéro-épilepsie. C'est surtout à la Salpêtrière que l'on

(1) Brodie. Leçons sur les maladies hystériques des articul. Londres 1836.

(2) Robert. Clinique chirurgicale 1860.

(3) Gosselin. Gazette des hôpitaux 1861.

a pu étudier cette curieuse affection, et M. le professeur Charcot y insiste dans ses leçons sur la paralysie et la contracture hystériques.

Le diagnostic n'est généralement pas difficile, mais il est cependant des cas où il est assez délicat. Il faut alors recourir au chloroforme, à moins qu'il n'y ait quelque contre indication à l'emploi de cet anesthésique. Sous son influence, la contracture disparaîtra et on pourra s'assurer que l'articulation est parfaitement saine. M. Verneuil fait cependant quelques restrictions pour certaines coxalgies récentes à lésions encore minimales. Dans ces cas, en effet, pendant le sommeil anesthésique, l'articulation coxo-fémorale pourra paraître indemne, alors qu'il y aura déjà un peu d'inflammation des surfaces articulaires.

Contracture essentielle des adducteurs. — A côté de la coxalgie hystérique, et tout aussi curieuse qu'elle, se place une affection signalée en 1867 par Philippeaux, c'est la contracture essentielle des adducteurs. La communication qu'il fit à la société de chirurgie souleva une discussion à laquelle prirent part plusieurs membres de cette société. Certains nièrent l'existence de ces contractures, d'autres, et en particulier Bouvier (1) ne les admirèrent que chez des enfants atteints de mal de Pott.

Cette divergence d'opinions montre bien que la maladie est mal connue. M. le professeur Verneuil qui s'est occupé de la question s'exprima ainsi dans une séance de la société

(1) Bouvier. Bulletin de la société de chirurgie 1867.

de chirurgie (1877): « Cette forme clinique existe, mais on n'a pu trouver la cause première de cette rigidité. Il semble qu'il s'agisse d'un acte musculaire protecteur et instinctif, mais pour protéger quoi, puisque ni les os, ni les articulations ne sont lésés. Cette contracture des adducteurs est ordinairement bilatérale et la coxalgie double est très rare... Mais tandis que dans la coxalgie tous les mouvements sont limités, et tous les déplacements du membre arrêtés à un moment donné par la contraction musculaire, dans la contracture, on peut fléchir la cuisse, lui faire croiser l'autre et exécuter des mouvements de rotation ».

La pathogénie de cette contracture nous échappe donc. Aussi, avons-nous été un peu téméraire en rangeant cette affection parmi les contractures idiopathiques, l'avenir devant peut-être nous apprendre que cette lésion musculaire est symptomatique de quelque affection générale ou locale.

CONTRACTURES SYMPTOMATIQUES

Un grand nombre d'affections pouvant simuler la coxalgie rentrent dans cette classe. Nous n'avons pas la prétention de les indiquer toutes, nous ne parlerons que des principales. Les causes des contractures symptomatiques peuvent être au nombre de cinq d'après M. J. Simon :

1° Affections des muscles.

2° Troubles de la circulation musculaire.

3° Altérations des nerfs ou des plexus nerveux, soit dans leur trajet, soit à leur point de départ.

4° Maladies des centres nerveux (cerveau-moelle).

5° Altérations du sang.

Nous allons suivre cette classification et passer en revue ces différents groupes.

1° *Affections des muscles.* « Dès qu'un muscle s'enflamme, il entre en contracture, que cette inflammation soit primitive, et due, par exemple, à une rupture des fibres musculaires, ou secondaire et produite par le fait de l'irruption d'un foyer purulent dans la gaine du

muscle (1) ». Il en est de même des tumeurs qui se développent parfois dans l'intérieur d'un muscle. Les affections musculaires sont assez rares, mais on a vu cependant le muscle psoas-iliaque s'enflammer « *psœitis* » et la cuisse se plaçait alors dans la demi-flexion et la rotation en dehors. Les douleurs étaient très-intenses, elles s'irradiaient au genou et on avait le tableau clinique de la coxalgie. La rétraction des fibres musculaires était certainement la cause de ces phénomènes. Le diagnostic ne peut cependant pas présenter de difficulté. Si on met, en effet, le membre dans l'adduction et la rotation en dedans, c'est-à-dire si on relâche le muscle enflammé, la douleur n'augmente pas. De plus la percussion sur le grand trochanter n'est pas douloureuse.

L'irruption d'un foyer purulent dans la gaine du psoas peut produire le même résultat. L'observation I nous montre un cas semblable, dans lequel, à l'autopsie, on constata que le muscle psoas-iliaque était infiltré et renfermait du pus séreux communiquant avec l'abcès de l'aîne. Le diagnostic sera facile le plus souvent et se fera avec les mêmes éléments que pour le psœitis.

2° Troubles de la circulation musculaire. — Les oblitérations vasculaires donnant lieu à des contractures sont encore trop peu connues pour que nous puissions en parler ici. D'ailleurs nous n'avons trouvé, dans toutes nos recherches, aucune observation d'affection ayant simulé la coxalgie, due à des troubles de la circulation musculaire.

(1) Despres. — Tumeurs des muscles. — Th. agrég., 1866.

3° *Altérations des nerfs ou des plexus.* — Nous avons vu un peu plus haut que toute cause d'irritation d'un nerf pouvait être le point de départ d'une contracture des muscles animés par ce nerf. C'est là ce que l'on observe lorsqu'un nerf est comprimé par une tumeur, un cal, etc. On observe encore fréquemment ces contractures lorsqu'il y a névrite ou périnévrite, ce qui se voit assez souvent, et si dans quelques cas on a vu des nerfs traverser des foyers inflammatoires sans subir aucune altération, il est bien reconnu aujourd'hui qu'il n'en est pas toujours ainsi. Ces quelques explications vont nous rendre compte de ce qui se passe dans certaines maladies pouvant présenter le tableau clinique de la coxalgie.

Sacro-coxalgie. — La sacro-coxalgie est une affection que l'on peut facilement confondre avec la tumeur blanche de la hanche. (Delens) (1). — Dans ces deux affections on peut, en effet, observer la douleur de la hanche et du genou, de la claudication, la même attitude du membre inférieur, et même des abcès venant s'ouvrir dans les mêmes régions. Il est vrai que dans la sacro-coxalgie les mouvements de la cuisse sur le bassin sont libres, mais parfois les muscles pelvi-trochantériens sont contracturés et le diagnostic devient alors très-difficile. C'est dans ce cas que le chloroforme est précieux, car en relachant les muscles il permet de s'assurer que l'articulation coxo-fémorale n'est le siège d'aucune lésion.

(1) Delens. — De la sacro-coxalgie. — Th. agr., 1872.

Le diagnostic est extrêmement délicat si les deux affections coexistent chez le même sujet, comme en a observé un cas M. Gosselin.

Quelle est la cause de ces contractures musculaires ? Ne peut-on pas invoquer ici une lésion du plexus lombaire ? Du moment que l'articulation sacro-iliaque est malade, l'irritation dont elle est le siège peut se propager au plexus qui est si voisin et entraîner ainsi la contracture des muscles de la hanche.

Inflammation de la bourse séreuse du psoas. — La même explication peut nous rendre compte de ce qui se passe dans les affections de la bourse séreuse du psoas, qui ont pu, parfois, être prises pour des coxalgies. M. le professeur Verneuil rapporte une erreur de ce genre dans son article « aine » du dictionnaire encyclopédique : « Un jeune garçon, d'une assez bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu en 1858 : allongement apparent de la cuisse droite avec rotation en dehors, adduction, déviation du bassin, impossibilité des mouvements, douleurs vives, empatement profond du pli de l'aine, en un mot tous les signes d'une des variétés de la coxalgie ; aussi tel fut le diagnostic. Un abcès se forme au niveau de l'arcade crurale et marche avec rapidité ; ouverture, issue d'un pus phlegmoneux ; symptômes généraux graves ; mort. Autopsie : l'abcès développé dans la bourse séreuse du psoas avait fusé dans la fosse iliaque d'une part, dans la profondeur de la cuisse de l'autre ; pénétration dans l'articulation fémorale mais seulement quelques jours avant la mort. »

Abcès par congestion. — Des abcès par congestion ont pu faire commettre des erreurs analogues, et même assez souvent d'après M. Olivier Chalk (1). Cet auteur soutient, en effet, que le diagnostic différentiel de la coxalgie et des abcès lombaires est très difficile, et que souvent les chirurgiens prennent la seconde de ces affections pour la première. Il s'appuie sur l'autorité de Ch. Bell qui a émis cette opinion.

Quant à l'attitude semblable à celle de la coxalgie, il l'explique par les rapports des nefs du membre intérieur qui passant auprès de la partie affectée se trouvent eux-mêmes compromis et donnent lieu à des contractures.

M. le professeur Verneuil a d'ailleurs observé des cas semblables et il a parlé de l'un d'eux à la société de chirurgie en 1865. « J'ai vu la seconde forme de la coxalgie caractérisée par le raccourcissement avec adduction et rotation en dehors simulée de la manière la plus complète et des deux côtés par un double abcès par congestion venu de la région lombaire, et qui sortit du bassin par le sommet des échancrures sciatiques avait fusé derrière la capsule coxo-fémorale ; c'était chez un jeune enfant à l'autopsie duquel j'ai assisté il y a quelques années. On avait diagnostiqué une double coxalgie et la lésion rachidienne avait passé inaperçue, parce que la gibbosité n'existait pas. »

On peut rencontrer des cas plus difficiles encore. Un abcès par congestion peut en effet se faire jour à l'extérieur

(1) O. Chalk. Sur la coxalgie et les abcès lombaires. (London medical gazette 1844).

après avoir traversé l'articulation coxo-fémorale. On a alors ce qu'on a appelé une *coxalgie secondaire*.

Maisonneuve (1) et Gibert (2) en rapportent chacun un cas.

Le diagnostic, dans les deux cas, n'aura de certitude que si l'on constate de la douleur au niveau de l'apophyse épineuse malade ou bien si la gibbosité est apparente.

Tumeurs de la fosse iliaque et du bassin. — Ces tumeurs donnent souvent lieu à des méprises, aussi devons-nous les passer soigneusement en revue.

Nous devons placer en premier lieu les *adénites iliaques* étudiées dans la thèse de notre excellent ami M. Castex. Dès 1865 M. Verneuil avait signalé une erreur de ce genre commise par lui : « l'abcès était situé à la partie antérieure de l'articulation, et s'était développé probablement dans les ganglions iliaque externe. Il y avait allongement apparent, abduction, rotation en dehors sans compter la douleur, l'impossibilité des mouvements, etc. Je crois qu'il eût été bien difficile de ne pas se tromper au début. »

Nous rapportons nous-même 4 observations d'adénites ayant simulé la coxalgie. Trois ont été recueillis par M. Berger, la quatrième inédite nous a été communiquée par M. Castex. Dans l'observation I on constate de la douleur, de la claudication, des déviations du bassin et du membre inférieur, allongement apparent, flexion, abduction, ensellure lombaire. Dans les observations III, IV, V, à peu près les mêmes symptômes. De plus dans l'observation II, on a constaté une sciatique très intense.

(1) (2) Loc cit.

Tous ces phénomènes peuvent facilement s'expliquer par des névrites ou périnévrites. C'est d'ailleurs ainsi que M. Berger expliqua, dans une clinique faite au sujet de l'observation IV, tous les phénomènes observés : « La présence de la tumeur ganglionnaire a amené soit par compression directe, soit par propagation de l'inflammation une névrite ou périnévrite du nerf obturateur ; et cette lésion du nerf a eu pour conséquences immédiates, d'abord ces éruptions érythémateuses, papuleuses et vésiculeuses dont parle le malade, puis la contraction des muscles adducteurs. Cette explication de tous les phénomènes constatés par la névrite, rend également compte de la douleur accusée par le malade, à la partie interne du genou, puisqu'il existe une anastomose à ce niveau entre le nerf obturateur et le saphène interne. » La sciatique de l'observation II peut fort bien être due à un prolongement de la tumeur qui s'avancant dans le petit bassin peut avoir produit des phénomènes de compression sur le plexus sacré.

Dans tous les cas cependant le diagnostic est possible si on examine attentivement le malade. L'absence de douleurs spontanées ou provoquées dans l'articulation, que le malade marche ou que l'on frappe sur le pied et sur le grand trochanter, l'absence de douleur dans le genou, sont les caractères qui permettront le plus souvent de ne pas commettre une erreur. Le chloroforme pourra aussi être d'un utile secours.

Toutes les *tumeurs* de la fosse iliaque qui ont présenté les symptômes de la coxalgie sont susceptibles de recevoir la même interprétation. M. le professeur Lannelongue

gue rapporte deux cas de ce genre dans le bulletin de la Société anatomique de 1866. Dans le 1^{er}, « il s'agit d'un malade de moins de 20 ans entré à la Charité, et ayant présenté au début de sa maladie qui date de 6 mois tous les signes de la coxalgie : flexion difficile, rotation du membre en dehors douloureuse, allongement. On avait cru à une coxalgie, mais bientôt on vit se développer dans la fosse iliaque des *tumeurs* très-apparentes avec engorgement ganglionnaire dans les deux aines, œdème des membres et douleurs lancinantes. A l'autopsie on trouva une affection cancéreuse. » M. Lannelongue a encore vu dans le service de Velpeau, un homme de 45 ans qui avait présenté tous les phénomènes d'une coxalgie au début, et qui avait la fosse iliaque pleine de productions cancéreuses, avec les ganglions du pli de l'aine engorgés.

Les tumeurs du bassin ont donné parfois lieu à la même méprise et M. Havage, dans sa thèse, rapporte des observations d'ostéosarcomes, de fibrômes, d'enchondrômes des os du bassin qui ont pu faire croire à une coxalgie au début.

Ces tumeurs ne sont pas spéciales aux adultes, on les rencontre assez souvent chez les enfants. Mon ami M. Launois (1) en a fait une étude, et il croit que dans certains cas leur diagnostic d'avec la coxalgie est très-difficile. Dans l'observation VI on avait pris pour une coxalgie une *tumeur leucocythémique* des os du bassin.

Le diagnostic est plus difficile chez l'enfant que chez

(1) Launois — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juin 1884.

l'adulte. Sans négliger la percussion sur la plante du pied et sur le grand trochanter, il faudra explorer avec soin l'articulation de la hanche. Le chloroforme sera souvent très-utile. Nous croyons aussi qu'on pourra rechercher avec avantage un signe trouvé par M. Lannelongue qui lui a donné le nom de *signe de l'épreuve* (1). On fait placer l'enfant nu et debout sur un plancher, les talons bien rapprochés et on lui recommande de garder cette position. Au bout de cinq à dix minutes, le talon du côté malade ne repose plus sur le sol, tout le membre inférieur s'est porté en avant du membre sain et le genou fait une saillie très-prononcée en avant. C'est là un des meilleurs signes pour reconnaître une coxalgie au début chez l'enfant. Le *toucher rectal* qui a été l'objet d'un mémoire de M. Cazin (2) de Boulogne sur Mer, et sur lequel M. Lannelongue avait insisté avant M. Cazin, pourra, dans certains cas rendre des services réels.

4° *Maladies des centres nerveux*. — Toutes les affections des centres nerveux peuvent s'accompagner de contractures, témoin celles qui surviennent à la suite d'hémorrhagies cérébrales et surtout de ramollissement. Nous ne croyons pas cependant que les contractures d'origine cérébrale affectent jamais exclusivement les muscles de la hanche, de façon à reproduire les attitudes de la coxalgie du moins nous n'en avons trouvé aucun exemple dans nos recherches.

(1) Simonneaux. Th. Paris 1883.

(2) Cazin. Bulletin de l'acad. de méd. 1881.

Il n'en est pas de même des contractures d'origine médullaire. Toute irritation de la moelle ou de ses enveloppes portant sur les parties motrices déterminera une contracture des muscles qui correspondent à la zone irritée. Que l'affection devienne chronique, la contracture deviendra permanente, et le chloroforme n'aura plus de prise sur elle.

Supposons une affection quelconque intéressant la partie inférieure de la moelle dans la zone d'où émergent les nerfs qui vont aux adducteurs de la cuisse, par exemple. Ces muscles entreront en contraction et le membre inférieur se placera en flexion, adduction et rotation en dehors, c'est à-dire prendra l'attitude qu'il a dans une des formes de la coxalgie. M. le professeur Charcot (1) rapporte un exemple de coxalgie hystérique transformée en une contracture permanente par une affection de la moelle consécutive.

Nous empruntons l'observation VII au traité thérapeutique de la coxalgie de M. Philippeaux. Chez la malade qui en fait l'objet, on notait une vive douleur sur tout le membre inférieur gauche, de la claudication, flexion de la cuisse, adduction, rotation en dedans, raccourcissement de 10 centimètres, en un mot tous les symptômes de la coxalgie et M. Philippeaux lui-même crut tout d'abord à cette affection. Cependant l'absence de douleurs dans la jointure, et la disparition de la contracture sous l'influence de l'anesthésie firent rectifier son diagnostic. Il porta alors celui de contracture due à une irritation des enveloppes

(1) Leçon sur la paralysie et la contracture hystériques, 1872.

de la moelle et ce diagnostic était d'autant plus probable que depuis longtemps la malade était atteinte d'un mal de Pott siégeant à la partie supérieure de la région lombaire. La guérison survenue bientôt après démontra qu'on n'avait pas eu affaire à une véritable coxalgie.

La *paralysie infantile* peut, parfois, chez les jeunes enfants, faire croire à une coxalgie au début, car elle revêt, le plus souvent la forme paraplégique. Lorsque la période d'atrophie apparaît, elle frappe les muscles choisis par la paralysie. La prédominance des muscles antagonistes restés sains détermine alors des attitudes vicieuses. C'est dans ces circonstances qu'on peut trouver un raccourcissement atrophique du membre et de la claudication si l'enfant commence à marcher. En examinant méthodiquement l'articulation, on la trouvera saine. De plus la santé de l'enfant n'est pas compromise comme dans la coxalgie.

La *paralysie pseudo hypertrophique* ne peut en imposer qu'à première vue. Quoique les petits malades présentent quelques signes de la coxalgie au début tels que faiblesse des membres inférieurs, fatigue après une petite course, etc. on est frappé de l'accroissement de certains muscles. Nous avons vu, au contraire, que l'atrophie des muscles du membre inférieur est très précoce dans la coxalgie. Ce signe suffirait à lui seul pour éviter une erreur. De plus, les mouvements communiqués à l'articulation sont très faciles et indolores.

Nous devons faire remarquer que cette dernière affection ne simule pas la coxalgie en donnant lieu à des contractures. Nous avons tenu cependant à la signaler

pour répondre au titre de notre étude qui comprend toutes les affections simulant la coxalgie.

5° *Altérations du sang.* On a pu observer des contractures musculaires à la suite de maladies générales, et on a alors rattaché ces contractures à des altérations du sang. Elles affectent bien rarement les muscles de la hanche pour permettre une erreur de diagnostic. Un auteur américain, Gibney (1), en cite cependant des exemples dus à la malaria.

Nous avons nous-même, observé un cas bien curieux dans le service de M. le professeur Guyon, suppléé par M. Segond, c'est celui d'un malade entré à l'hôpital avec l'attitude classique de la coxalgie. M. Segond trouvant de la fluctuation au dessus de la fosse iliaque incisa la paroi abdominale qu'il trouva complètement infiltrée de sang. La présence de larges ecchymoses sur d'autres parties du corps fit porter le diagnostic de *purpura hémorrhagica*. Nous rapportons d'ailleurs cette observation que M. Tuffier interne du service a bien voulu mettre à notre disposition. (obs. VIII).

[1] [Gibney]. American journal of medic. sc, p. 336, 1878.

CONTRACTURES REFLEXES

Nous avons étudié comment se produisaient les contractures reflexes. Ce sont des nerfs sensitifs qui sont lésés, la seule cause de la contracture est la douleur. Cette contracture reflexe est très commune, c'est elle qu'on voit survenir dans presque toutes les maladies douloureuses de la hanche (Nicaise) (1). Elle maintient aussi, comme nous l'avons vu, les déviations si caractéristiques du membre dans la coxalgie.

Sciatique. C'est par ce mécanisme que certaines sciatiques ont pu être confondues avec des coxalgies et Denonvilliers (2) notamment en cite des exemples, M. Boinet en rapporte un cas dans la gazette médicale de 1835. Il s'agit d'un malade présentant une douleur persistante tantôt dans la région inguinale ou en arrière du grand trochanter, tantôt dans le genou et les parties voisines. Une simple pression, un mouvement de l'articulation l'exaspéraient. Il y avait aussi

[1] Nicaise. Th. agrég. 1869.

[2] Denonvilliers, art. coxalgie. Dict. des études médic. 1838.

de la claudication, de l'allongement du membre, bref tous les signes de la coxalgie. Le malade n'avait cependant qu'une sciatique.

La contracture reflexe rend parfaitement compte de ce qui se passait chez ce malade. Elle était due aux irradiations douloureuses que l'on voit si souvent dans la sciatique, suivre les branches collatérales des plexus sacré et lombaire.

Le diagnostic sera en général facile si l'on recherche les points douloureux de la sciatique. De plus, suivant la remarque de Teissier (de Lyon), tandis que le malade atteint de sciatique marche courbé sur lui-même, celui qui a une coxalgie se tient au contraire dans une rectitude exagérée contractant ses muscles de la hanche pour éviter tout mouvement douloureux à l'articulation malade.

Affections du genou. La même explication rend compte de ce qui se passe dans certaines affections du genou, qui entraînant par action reflexe la contracture des muscles de la hanche, ont pu faire croire à une coxalgie. Gibert [1] et Bonnet [2] ont vu des cas de ce genre. Il est vrai de dire que le contraire a lieu le plus souvent et que la douleur du genou fait penser à une douleur de cette articulation, tandis qu'en réalité c'est l'articulation coxo-fémorale qui est malade.

Ostéomyélite. — L'ostéomyélite si bien étudiée par

[1] [2] Loc. cit.

notre maître M. le professeur Lannelongue, (1) pourrait lorsqu'elle siège à l'extrémité supérieure du fémur en imposer pour une coxalgie. Dans le premier volume de sa clinique chirurgicale M. Gosselin rapporte un cas de ce genre. Il en serait de même d'une *ostéite* ou d'une *ostéo-périostite*. L'observation IX empruntée à M. Marjolin nous montre qu'une *ostéite suppurée du grand trochanter* constatée à l'autopsie a pu en imposer pour une véritable coxalgie.

Ces lésions peuvent siéger sur l'os coxal et donner lieu aux mêmes phénomènes, témoin cette autre observation communiquée par M. Marjolin à la société de chirurgie en 1871. Il s'agissait d'une petite fille de 10 ans 1/2 que l'on croyait atteinte de coxalgie et qui succomba. L'autopsie fut faite par M. Bouilly qui trouva l'articulation exempte de toute altération. A l'intérieur du bassin, une petite tumeur soulevait le muscle obturateur interne, elle renfermait une collection purulente. En examinant le fond du foyer qui correspondait à la cavité cotyloïde, « non-seulement le périoste était détruit, mais la substance osseuse était le siège bien manifeste d'une ostéite déjà très avancée. » Dans ce cas, d'après Giraudeau, l'attitude du membre était due à la rétraction musculaire causée par l'*ostéite* du bassin.

Péri-arthrites coxo fémorales. On peut rapprocher de ces affections certaines maladies des bourses séreuses pé-

[1] Lannelongue ostéomyélite aiguë. 1879.

ri-trochantériennes et du grand trochanter, étudiées par M. le professeur Duplay sous le nom de *péri arthrites coxo-fémorales*. L'observation X fut l'objet d'une clinique de M. Duplay publiée dans le *Progrès médical* de 1874. Dans ce cas presque tous les symptômes d'une coxalgie suppurée existaient. Cependant en refoulant la tête du fémur contre la cavité cotyloïde on ne produisait pas de douleur et la flexion de la cuisse sur le bassin était possible. Ces deux signes firent rectifier le diagnostic.

M. Duplay n'hésita pas à attribuer l'attitude que l'on observait à une contracture et voici l'explication qu'il donna : « Les frottements des parties osseuses sur les parties périphériques enflammées peuvent déterminer de la douleur, et c'est pour éviter cette douleur que le malade contractera ses muscles de façon à mettre son membre inférieur dans l'immobilité la plus complète. » Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1878 M. le professeur Verneuil rapporte l'histoire de deux malades atteints de la même affection et chez lesquels le diagnostic coxalgie avait été fait tout d'abord.

Affections articulaires. — On peut donner comme loi générale que toutes les lésions articulaires s'accompagnent de contractures. Telles sont les *arthrites*, les *hydarthroses*, etc. La position du membre est maintenue par la contracture qui s'accroît dès qu'on veut opérer le redressement du membre. Il y a là ce que M. le professeur Verneuil a si justement appelé un état de « *vigilance musculaire*. » Rien d'étonnant alors à ce que l'on

puisse confondre avec la coxalgie l'*arthrite sèche*, les *synovites*, les *hydarthroses*, etc.

Le *rhumatisme articulaire* lui-même peut faire commettre des erreurs, car les muscles qui entourent les articulations prises sont atteints de contracture, due bien plus à l'excitation réflexe causée par la douleur qu'à la propagation de l'inflammation.

Corps étrangers. La présence de corps étrangers dans l'articulation coxo-fémorale peut, par action réflexe, donner le tableau clinique de la coxalgie. Ces cas sont très-rares, et leur diagnostic très-difficile, car on n'a pas de symptômes permettant de reconnaître cette lésion sur le vivant (Nicaise). Nous rapportons cependant l'observation XI de M. Verneuil dans laquelle on constate tous les symptômes d'une coxalgie au début et que l'éminent clinicien rattacha à la présence d'un corps étranger mobile dans l'articulation coxo-fémorale. Il est vrai que pour ne pouvoir pas être attaqué ce diagnostic aurait eu besoin de la sanction de l'autopsie.

Fractures. Luxations. Contusions. — Toutes ces affections sont douloureuses et peuvent par conséquent entraîner à leur suite des contractures très-prononcées. Que ces lésions soient voisines de l'articulation coxo-fémorale, les contractures affecteront les muscles de la hanche et le diagnostic pourra présenter quelques difficultés.

Nous avons observé à la Charité, dans le service de M. Gosselin suppléé par M. Terrillon une jeune femme, qui

à la suite d'une chute se releva avec son membre inférieur droit en flexion, abduction et rotation en dehors. Le diagnostic très difficile fut l'objet d'une clinique de M. Terrillon qui conclut à une légère inflammation de l'articulation avec mélange d'hystérie. (Observation XII).

Telles sont les affections qui peuvent donner les symptômes de la coxalgie grâce à des contractures réflexes. Dans tous ces cas, comme c'est l'élément douleur qui cause ces contractures, le chloroforme rendra les plus grands services pour le diagnostic. En supprimant la douleur, il fera cesser les contractures et permettra de s'assurer de l'intégrité de l'articulation.

COXALGIE SIMULÉES

Nous ne pouvons pas terminer ce travail sans mentionner les *coxalgies simulées* que l'on a pu observer chez de jeunes conscrits. M. Larrey a été plusieurs fois témoin de faits de ce genre. Dans tous les cas, le chloroforme fera découvrir la supercherie.

OBSERVATION I — *Abcès de la partie supérieure de la cuisse, avec trajets fistuleux, simulant une coxalgie, avec flexion et abduction du membre. (Thèse de Bonnes. Montpellier 1860).*

Florine B...., 20 ans, enfant de la charité, domestique à la campagne, scrofuleuse, constitution chétive, menstruation irrégulière.

Au mois de juillet 1856, elle s'aperçut d'une tumeur du volume d'un œuf à la partie externe de la cuisse droite, au niveau du tiers supérieur ; peu après, douleur à la partie externe de la cuisse.

En 1858, ouverture spontanée de l'abcès. Depuis cette époque claudication.

Au mois de janvier 1859, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Marthe. On ouvre largement l'abcès ; cautérisation avec le fer rouge ; plaie très étendue. A cette époque on ouvre un abcès qui s'était formé à l'aîne.

Depuis plusieurs mois, douleur au genou, actuellement très vive, quand elle appuie le pied par terre (août 1859).

Dans le décubitus dorsal, l'axe du corps passe par le membre sain. Flexion et abduction du membre droit ; en étendant le membre, entraînement du bassin ; cambrure des reins et allongement apparent. Axe transversal du bassin incliné de gauche à droite et de haut en bas.

La malade avait la position tellement classique de la coxalgie, que je crus au premier abord à une maladie de l'articulation, et que j'imprimai avec beaucoup de ménagement des mouvements, crainte de réveiller la douleur. Mais quel ne fut pas mon étonne-

ment quand je remarquai que tous les mouvements étaient permis et faciles, et que si la flexion exagérée réveillait quelque douleur, on devait l'attribuer à la compression des parties molles de l'aîne qui étaient engorgées, et le siège d'une suppuration abondante.

Hanche très volumineuse, infiltrée, conservant la marque du doigt; trajet fistuleux à l'aîne et à la partie externe de la cuisse, engorgement strumeux considérable; le stylet n'arrive pas sur les os. Marche impossible.

Le diagnostic d'un abcès extra-articulaire sans lésion de l'articulation coxo-fémorale fut porté, et l'autopsie que nous eûmes l'occasion de faire trois mois après nous donna raison.

Autopsie. Les tissus sont épaissis, infiltrés de sérosité. Ganglions de l'aîne engorgés, remplis d'une matière caséeuse qui ressemble fort à de la matière tuberculeuse; ceux du petit bassin présentent la même altération. Le muscle psoas iliaque est infiltré et renferme du pus séreux qui communique avec l'abcès de l'aîne. L'articulation est parfaitement saine; les os ne sont pas malades; près du col du fémur le périoste est altéré. Les jambes présentaient des abcès qui semblaient provenir des os, et que l'autopsie démontre avoir leur siège dans les parties molles.

OBSERVATION II. — *Bubon strumeux inguinal et pelvien du côté droit. Signes physiques et fonctionnels de la coxalgie au début disparaissant avec la guérison de la tumeur.* (Observation recueillie par M. Berger dans le service de M. le professeur Gosselin. France médicale septembre 1874).

Lachenal (Jean-Marie), âgé de 21 ans, garçon limonadier, en-

tre le 26 janvier 1870, dans le service de M. Gosselin, salle Sainte-Vierge, n° 12. Il est d'une vigoureuse apparence ; ses antécédents de famille, ainsi que l'état antérieur de sa santé, sont assez satisfaisants, mais il présente les caractères d'un tempérament lymphatique.

Voici les commémoratifs qu'ils nous donne sur les débuts de l'affection qu'il présente. Au mois de juillet de l'année précédente, il fut atteint de blennorrhagie ; l'écoulement fut abondant, de longue durée (il persista plus d'un mois) et s'accompagna de phénomènes inflammatoires qui font donner à cette variété d'urétrite le nom de chaude pisse cordée.

Ce ne fut néanmoins qu'au mois de septembre, plus d'un mois après la résolution (complète ?) de cette inflammation, qu'il remarqua du côté droit un engorgement ganglionnaire ; les ganglions au nombre de deux ou trois, roulaient sous la peau qui glissait librement au devant d'eux. Ils occupaient la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa : la pression à ce niveau ne paraissait pas éveiller de douleur.

La tuméfaction s'accrut peu à peu ; le 18 novembre, la grosseur avait le volume d'un œuf de poule, quand un abcès qui s'était formé dans son épaisseur s'ouvrit ; la suppuration s'accompagna d'un peu de réduction dans le volume des ganglions.

Le 17 novembre, apparut un phénomène qui jusqu'alors avait fait défaut, la douleur. Depuis quelques jours déjà le malade boitait ; il s'aperçut alors d'une douleur sourde et profonde qui répondait d'une part à la partie interne de la cuisse, dans la région des adducteurs, de l'autre dans la région fessière, et de là s'irradiait vers le genou. Il n'en continua pas moins à travailler ; deux fois la fistule qu'il portait s'était fermée pour se rouvrir presque aussitôt ; les douleurs, la claudication se prononçaient tous les jours davantage. Enfin le malade se décida à se faire admettre à la Charité.

A son entrée on peut constater qu'il a l'air plus jeune qu'il n'est en réalité : il est assez bien musclé, mais sa peau est fine, les lèvres épaisses, des traces d'ulcérations existent autour des

narines; l'examen de la conjonctive indique qu'il a eu des blépharites. En un mot, il porte les attributs du lymphatisme sinon de la scrofule.

Dans le pli de l'aîne, à droite, on constate l'existence d'une ou deux petites fistules qui paraissent actuellement fermées. A ce niveau, la peau est adhérente, violacée; au dessous d'elle sont deux ou trois noyaux engorgés, peu volumineux, mais que la palpation démontre se continuer jusque sous l'arcade de Fallope; la pression est douloureuse dans ces points.

En remontant dans la fosse iliaque droite, on y sent une tuméfaction assez mal limitée, mais à laquelle on peut assigner environ le volume du poing. Elle est fort dure, présente quelques bosselures dont aucune ne donne de fluctuation ou de sensation analogue; cette tumeur est immobile; elle paraît remonter le long des vaisseaux iliaques vers l'angle sacro-vertébral; elle est assez douloureuse à la pression. Non seulement la peau est saine à ce niveau, mais la paroi abdominale elle-même est parfaitement indépendante de la tuméfaction, qui est essentiellement profonde.

Il existe une douleur vive à la région fessière, à peu près vers la partie supérieure de l'échancrure sciatique; elle s'exagère par la pression et répond alors à un autre point douloureux, siégeant dans le creux poplité; les douleurs ainsi produites ont un caractère lancinant. Elles suivent le trajet du nerf sciatique. On constate aussi l'existence d'un point douloureux à la partie interne du muscle premier adducteur.

Ces phénomènes névralgiques concordaient assez mal avec les données recueillies dans le commencement de l'examen. Celui-ci en révélant une déviation considérable du bassin et du membre inférieur, vient encore augmenter l'embarras du diagnostic.

Non-seulement le pli de l'aîne est effacé à droite, mais l'épine iliaque antéro-supérieure est fort abaissée, de telle sorte que l'on doit admettre un certain degré de flexion permanente de la cuisse sur le bassin; on note également un allongement apparent très considérable du membre droit, dont la malléole interne dépasse la malléole du côté opposé de 2 centimètres $\frac{1}{2}$ au moins; il y a

donc abduction marquée de la cuisse droite. Enfin l'étude des mouvements communiqués révèle deux signes que l'on considère comme presque pathognomoniques de la *coxalgie* au début : quand le malade est couché, les jambes étendues sur le lit, la région lombaire est voûtée en arc de cercle et soulevée au dessus du matelas qu'elle ne touche pas; elle présente le phénomène de la cambrure lombaire. Celle-ci disparaît et la colonne lombaire peut s'appuyer sur le plan sur lequel repose le malade si on fléchit la cuisse et si on soulève le pied audessus du lit.

En procédant à la recherche de ce caractère on remarque sans peine que tous les mouvements du membre inférieur se communiquent au bassin, et s'accompagnent en même temps d'une douleur vive et profonde.

Du côté gauche on ne note absolument rien de semblable. Les mouvements se font normalement et sans douleur.

Le malade boite et ne peut marcher qu'avec une grande difficulté. L'examen des autres organes fournit les résultats suivants: les poumons paraissent le siège d'altérations; il y a diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire aux deux sommets, mais surtout à droite; à gauche un peu d'expiration prolongée. Le malade tousse fréquemment et expectore des crachats muqueux. Du reste, malgré l'amaigrissement qui est la suite de sa maladie il a conservé bon appétit et ne se plaint d'aucune autre incommodité. L'urethre est encore le siège d'un suintement muco-purulent ou simplement muqueux.

M. Gosselin prescrit le traitement suivant: administration quotidienne d'une cuillerée d'huile de foie de morue et de deux cuillerées de sirop d'iodure de fer. Onctions sur la tumeur avec une pommade contenant 4 grammes d'iodure de potassium pour 30 gr d'axonge benzoinée; repos complet au lit.

Pendant quinze jours la maladie paraît rester stationnaire; la tumeur n'augmente ni ne diminue de volume. Les signes de coxalgie persistent. Puis, tout à coup, survient une diminution rapide de l'engorgement pelvien. Vers le 10 février, il est déjà réduit de moitié environ. En même temps, l'allongement apparent du mem-

bre, la cambrure lombaire, les douleurs spontanées ou communiquées par les mouvements et la pression diminuent. On commence à pouvoir faire mouvoir librement la cuisse sur le bassin.

Le 15 février, la tumeur pelvienne est du volume d'une noix au plus ; tous les symptômes de coxalgie ont disparu, mais les ganglions inguinaux sont un peu plus tuméfiés ; une des fistules qui siègent au pli de l'aîne s'est ouverte et laisse suinter du pus. Le stylet que l'on y introduit pénètre à cinq centimètres de profondeur sous l'arcade de Fallope. M. Gosselin débride alors un peu l'orifice et place une mèche pour dilater le trajet.

Les mêmes moyens généraux sont continués : au bout de 15 jours, la tumeur pelvienne a complètement disparu ; les ganglions inguinaux sont redevenus ce qu'ils étaient à l'entrée du malade à l'hôpital ; la fistule s'est fermée du fond vers l'orifice extérieur : le malade marche sans boiter et sans souffrir. Il demande et obtient sa sortie avec le conseil de continuer encore longtemps son traitement général.

OBSERVATION III. — *Adénites iliaques déterminant des phénomènes de coxalgie* (Observation de M. Berger. Thèse de Castex 1880).

Edouard L., âgé de 23 ans, exerçant la profession de fleuriste, entre à Pitié dans le service de M. le professeur Verneuil, le 30 novembre 1875. Il porte encore les attributs d'un tempérament scrofuleux. Dans son enfance il a été sujet à des conjonctivites, à des angines et à des bronchites répétées. Il a eu des engorgements ganglionnaires dont un s'est terminé par suppuration. A l'âge de 15 ans, il s'est produit dans la région de l'hypochondre

droit un abcès froid que M. Verneuil a ouvert par l'application de caustique de Vienne. On ne put découvrir comme cause aucune lésion osseuse. Depuis, il s'est bien porté, et jusqu'au début de l'affection actuelle il n'a rien présenté de spécial que des crêtes de coq sur le sillon balano-préputial. Ces crêtes de coq ont été cautérisées il y a 4 ans et ne se sont pas reproduites.

Il y a un an, le malade s'aperçoit qu'il porte au pli de l'aîne trois ganglions douloureux. Le plus interne suppure au bout de deux mois et s'ouvre. La cicatrisation spontanée ne se fit pas attendre, et les autres ganglions diminuèrent sans disparaître. Il y a huit mois, à ces phénomènes se joignit une boiterie absolument indolente et le malade s'aperçut que les ganglions avaient beaucoup augmenté de volume. Quatre mois après il entre à l'hôpital où M. Verneuil était suppléé par M. Marchand. Le diagnostic fut posé : « *coxalgie au début* ».

Il resta 3 semaines dans le service, où il garda le repos au lit, prit des bains sulfureux et sortit notablement amélioré.

Il sortit dans l'état suivant : (1^{er} décembre).

Symptômes fonctionnels et généraux: sujet bien musclé, d'apparence vigoureuse, mais blond, presque imberbe, un peu lymphatique. L'état général est bon. Il ne se plaint d'aucun trouble digestif, respiratoire ou circulatoire, mais seulement de sa boiterie. Celle-ci est absolument indolente. Jamais il ne souffre, ni dans l'aîne, ni dans la fesse, ni du genou, même après la marche.

Pourtant la boiterie augmente le soir, et diminue le matin. Depuis qu'il est entré, et qu'il garde un repos absolu au lit, elle a diminué.

Examen physique. Le malade étant couché sur le dos et le membre gauche étendu à côté du membre droit, le premier présente un allongement apparent de 2 centimètres environ. Dans cette position, les deux membres étant étendus, le ventre paraît saillant et bombé. En examinant l'épine iliaque antéro-supérieure, on se convaincra qu'elle est abaissée du côté gauche. En remettant l'axe du bassin perpendiculaire à l'axe du corps, l'allongement apparent disparaît. En introduisant la main dans la région lombaire,

on découvre un degré considérable d'ensellure. Elle disparaît, et la colonne vertébrale touche le lit, quand on fléchit la cuisse gauche sur le tronc.

La contracture des adducteurs limite l'abduction. Les mouvements du membre inférieur se transmettent presque intégralement au bassin, sauf dans la flexion extrême, qui permet quelques mouvements d'abduction. Aucune douleur au genou, aucune aux environs de l'articulation, ni spontanée, ni par la pression. La percussion sur le genou, l'impulsion transmise par le fémur à l'articulation coxo-fémorale n'est pas douloureuse. Il en est de même de la percussion sur le grand trochanter. Aucun gonflement en arrière ni en dehors. Le pli fessier ne présente pas de déformation appréciable. Mais le pli de l'aîne est soulevé par une tuméfaction ainsi constituée : 1° d'abord quelques ganglions superficiels que l'on sent sous la peau au niveau du trajet inguinal ; 2° une masse plus profonde, derrière la paroi abdominale, plongeant dans le petit bassin sur le côté des vaisseaux iliaques, sans s'étendre autant dans la fosse iliaque interne. La masse ganglionnaire peut être évaluée aux dimensions du poing. Elle est indolente à la pression. L'artère ni la veine iliaque ne sont comprimées.

Du côté opposé, à droite, quelques ganglions superficiels et un engorgement ganglionnaire en chapelet qui remonte le long des vaisseaux iliaques.

Balano-posthite sans suppuration. Erythème humide du prépuce, quelques vésicules d'herpès sur la face cutanée du prépuce. Quelques ganglions tuméfiés à la région cervicale surtout à gauche.

Traitement. — Huile de foie de morue.. — Vin de quinquina. — Sirop d'iodure de fer. — Bains sulfureux. — Vésicatoires.

Sous l'influence de ces divers moyens, la raideur diminue. Néanmoins le malade sort dans le même état.

Il entre de nouveau vers le mois de juillet 1876. M. le docteur Berger le soigne à cette époque. Même état local et général Si-

gnes de tuberculose pulmonaire. La masse iliaque est plus volumineuse.

Puis en 1877, le malade présente des signes de coxalgie, des douleurs articulaires dans la percussion.

En avril 1877, un abcès se forme à la région trochantérienne,

On perd le malade de vue à partir de cette époque.

OBSERVATION IV. — *Contracture des adducteurs, symptomatique d'une lésion du nerf obturateur comprimé ou enflammé par une tumeur ganglionnaire. Symptômes simulant la coxalgie. (Bergeret Thèse de Paris 1878).*

Durand (Jules-André), tisserand, salle Saint-Louis n° 22, service de M. le professeur Verneuil, supplée par M. Berger, 22 ans, souffre depuis deux mois.

A eu depuis l'enfance des accidents scrofuleux. Cicatrices d'abcès froids au cou. La jambe gauche porte une cicatrice gaufrée au niveau de la crête du tibia. La peau est adhérente à l'os en ce point. Le malade rapporte qu'il a eu là un abcès survenu sans cause apparente vers l'âge de 10 ans.

Durand a été soigné l'année dernière à l'hôpital de la Pitié service de M. Verneuil, pour un abcès froid de la fosse iliaque, lequel ne s'accompagna pas de douleurs ou de saillie osseuse vers la colonne vertébrale, ni de troubles du côté de la vessie et du rectum ou des membres inférieurs. Cet abcès ne fut pas ouvert et disparut lentement à l'aide d'un traitement approprié : iodure de potassium à l'intérieur et frictions mercurielles sur la tumeur.

Etat actuel (3 septembre 1876) :

Le malade présente à un haut degré tous les caractères du tempérament scrofuleux. Du reste ni syphilis ni blennorrhagies antérieures.

Les ganglions de l'aîne, ceux de la région cervicale, sont engorgés et volumineux.

Le malade se plaint de ne pouvoir se servir qu'avec difficulté de la jambe gauche, laquelle, dit-il, est depuis un mois et demi, devenue plus courte que la droite.

En examinant la jambe, on constate qu'elle est dans la flexion et la rotation en dedans.

Le mouvement d'abduction est très difficile à obtenir.

Lorsqu'on veut provoquer l'extension, et on y parvient sans peine, il se produit aussitôt une ensellure de la hanche, qui permet de passer facilement le bras entre le lit et le dos du malade. Dès qu'on fait cesser l'extension de la cuisse sur le bassin, l'ensellure disparaît. Cette limitation, ou plutôt cette abolition du mouvement d'abduction, nettement constatée chez un malade scrofuleux, devait faire penser à une coxalgie, dans ce service surtout, dont le maître a le premier attiré l'attention sur ce symptôme, au point de vue de la tumeur blanche de la hanche.

Mais la pression exercée au niveau de la cavité cotyloïde n'éveille aucune douleur. La percussion du grand trochanter, celle que l'on pratique sur les condyles du fémur pour repousser la tête au fond de la cavité articulaire, ne provoquent pas de mouvement reflexe. Pas de douleur spontanée.

Cependant le malade souffre vivement à la partie interne du genou. Cette douleur est très aigüe : elle apparait brusquement et cesse de même au bout de quelques heures, quelquefois après plusieurs jours. Le malade a constaté que cette douleur, lorsqu'elle persistait quelque peu, s'accompagnait de l'apparition sur la peau de la région de plaques rouges et même de papules et de petites vésicules. Pour l'instant il n'existe aucune éruption de ce genre.

On fait lever le malade, et l'on constate qu'il marche sur les orteils, à gauche; qu'il existe une rotation de la jambe en dedans; que le centre des mouvements du membre inférieur gauche ne

se trouve plus dans l'articulation de la hanche mais dans la colonne vertébrale ; que le bassin se meut tout d'une pièce et participe passivement aux mouvements du membre inférieur.

Il n'existe pas de douleur du côté de l'articulation sacro-iliaque.

Le malade souffre seulement d'une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche. En déprimant fortement la paroi abdominale au dessus du pli de l'aîne, M. Berger arrive sur une tumeur volumineuse, qu'il reconnaît pour un énorme engorgement des ganglions lombaires.

Il faut, pour bien constater le volume réellement considérable de la tumeur ganglionnaire, faire fléchir fortement les cuisses sur le bassin, et commander au malade de respirer la bouche grande ouverte ; car il existe une contraction énergique et instinctive des muscles de la paroi abdominale au niveau de la tumeur, qui jointe à la profondeur à laquelle celle-ci est située, rend l'examen très-difficile.

Cependant, malgré son volume, cet engorgement ganglionnaire ne peut rendre un compte satisfaisant des troubles que l'on observe dans les fonctions du membre inférieur gauche.

L'articulation coxo-fémorale est saine ; car les différents mouvements de flexion, d'extension, de rotation, celui d'abduction excepté ne provoquent aucune douleur. Et, pendant que ces mouvements s'exécutent, la main ne perçoit aucun craquement, rien qui puisse, en dénotant la lésion la plus légère des éléments de l'article, expliquer cet état du membre.

Le psoas n'est point non plus en cause, car la pression exercée le long de son trajet n'amène aucune douleur ; et de plus, si nous étions en présence d'un cas de psoïtis, outre les symptômes généraux toujours intenses dans cette affection, nous aurions de la rotation du membre en dehors et non en dedans. L'extension provoquerait une douleur qui n'existe pas ici.

La contracture des adducteurs est rendue très manifeste lorsqu'on veut porter la cuisse dans l'abduction.

Toute idée d'intervention chirurgicale est écartée. M. Berger institue le traitement de la diathèse qui a été suivi d'un résultat si heureux deux ans auparavant entre les mains de M. Verneuil.

Un mois et demi après son entrée à l'hôpital, le malade sort complètement guéri et se servant parfaitement de la jambe gauche ; l'iodure de potassium à la dose de un gramme, les frictions mercurielles belladonnées et un régime tonique ont fait seuls les frais du traitement.

OBSERVATION V. (1) (*inédite*) — *Adénopathie inguinale et iliaque d'origine probablement tuberculeuse ayant déterminé des phénomènes de coxalgie. (par le D^r Dubois (de Langres).*

M. X., âgé de 25 ans, présente toutes les apparences du lymphatisme. Blond, pâle, migraineux et névropathe, il n'a jamais eu cependant de maladie sérieuse jusqu'à l'apparition de l'adénopathie qui fait l'objet de cette note. Par contre, ses antécédents héréditaires et collatéraux méritent d'être mentionnés. Son père est mort il y a six ans d'une maladie cérébro-spinale datant de dix ans, et dont la première manifestation avait été une neuro-rétinite double d'après le témoignage de son médecin.

M. X. père, avait contracté quelques années avant son mariage une syphilis nettement caractérisée par un chancre et des plaques muqueuses, accidents disparus après un traitement de quelques mois. La maladie cérébro-spinale a néanmoins résisté aux médicaments spécifiques. Le frère de notre malade est mort il y a 7 ou 8 ans d'une adénopathie trachéo-bronchique avec accès de suffocation, sans signes appréciables de tuberculose pulmonaire. Quant à sa mère, elle est migraineuse et sujette à des coliques hépatiques.

(1) Observation due à l'obligeance de mon ami M. Castex. Elle a été rédigée et communiquée par le D^r Merklen médecin des hôpitaux.

Vers le milieu d'août 1883, M. X. a commencé à se plaindre d'un malaise général. Ses migraines étaient plus fréquentes et il en accusait un surcroît de fatigue. Néanmoins, il prit part à l'ouverture de la chasse. Dès le soir il ressentait une gêne douloureuse dans l'aîne droite et le lendemain un ganglion volumineux apparaissait à ce niveau sans relation possible avec une affection vénérienne. Un vésicatoire fut appliqué, ce qui n'empêcha pas le ganglion enflammé des'abcéder ; une incision donna issue à un peu de liquide purulent.

Peu de temps après le malade se plaignit de douleurs lombos-abdominales, puis de douleurs rhumatoïdes dans toutes les jointures. Le salicylate de soude ne put être supporté, et au bout d'un mois environ, ces manifestations articulaires disparurent faisant place à un engorgement général de tous les ganglions accessibles : cou, aisselles, aines. Cette adénopathie généralisée cède en 10 ou 12 jours sous l'influence de l'iodure de potassium pris à la dose de un gramme par jour. Le médicament est alors suspendu, le malade refusant absolument d'en prendre.

Au commencement de novembre 1883, les douleurs lombos-abdominales réapparaissent, se localisant dans le côté droit et simulant des coliques néphrétiques. Du reste l'adénite inguinale n'était pas guérie et donnait un peu de pus. Peu après se montraient des phénomènes de *coxalgie*, flexion et abduction de la cuisse, ensellure lombaire, immobilisation de la hanche, douleurs s'irradiant dans les reins et dans toute la cuisse. Cependant le refoulement de la tête du fémur contre la cavité cotyloïde ne provoquait aucune douleur. Le traitement consiste en pointes de feu appliquées sur la région trochantérienne, et au bout de quelques jours dans la crainte d'une coxalgie on procède au redressement du membre. Dès lors les douleurs péri-articulaires cessent, et sont remplacées par des douleurs très vives dans la fosse iliaque. Des applications d'iode et des vésicatoires paraissent soulager le malade ; il est remis en même temps à l'iodure de potassium, mais cette médication est irrégulièrement suivie. Pendant ce temps, la fosse iliaque se remplit d'une masse compacte et indistincte

et bientôt apparaît une hydrocèle vaginale droite avec gonflement et exagération de la sensibilité du testicule correspondant.

Du 15 janvier au 1^{er} mars, cet état persiste sans se modifier beaucoup. Pour combattre les douleurs, le malade fait usage et abus de morphine. Le membre tendant sans cesse à revenir à la flexion avec abduction, on songe à immobiliser le malade dans une gouttière. Mais auparavant il est conduit à Paris et soumis à l'examen de MM. les docteurs Ernest Besnier, Terrillon et Merklen, qui portent le diagnostic de polyadénopathie iliaque et inguinale sans lésion de l'articulation coxo-fémorale, avec intégrité des poulmons et des principaux viscères.

M. Ernest Besnier réserve la question de nature et conseille en raison des antécédents héréditaires, un essai du traitement spécifique régulier, recommandant du reste de ne pas insister, si après une première quinzaine aucun résultat n'est obtenu.

M. Terrillon se prononce pour une adénopathie d'origine tuberculeuse avec orchite de même nature ; il conseille une saison à Salies-de-Béarn.

Le malade est soumis pendant 15 jours à la médication iodurée et hydrargyrique. Sous cette influence les masses ganglionnaires paraissent diminuer légèrement et devenir plus distinctes. Le 25 avril il part pour Salies-de-Béarn où il passe six semaines. A son retour l'adénopathie a considérablement diminué, les douleurs ont disparu, la marche est facile. L'hydrocèle vaginale s'est résorbée, mais le testicule reste le siège d'un gonflement et d'une induration diffuse sans sensibilité anormale. La santé générale du malade est excellente.

OBSERVATION VI (*Résumée*) — *Tumeur leucocythémique des os du bassin simulant une coxalgie par M. Lediberder (service de M. Marjolin). (Bulletin de la société anatomique 1866).*

Maudour (Jeanne) 10 ans, malade depuis 6 mois, au dire de sa mère, entre dans le service le 12 mai 1866. Enfant pâle et maigre. Pas d'antécédents de phthisie ni de scrofule. Elle présente une difficulté à la marche qui au premier abord en impose pour une coxalgie. Elle présente aussi la teinte cachectique et une douleur légère au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Il y a gonflement de l'aîne droite, mais on ne sent pas de ganglions volumineux. Les deux membres inférieurs ont la même longueur et l'articulation est libre. On crut à une coxalgie au début.

Mais bientôt, en même temps que l'état général s'affaiblissait rapidement, on put sentir dans les fosses iliaques externe et interne du côté droit des tumeurs nombreuses et de différent volume. La mort survint au bout de quelque temps et fut hâtée probablement par une gangrène du sacrum.

A l'autopsie, M. Ranvier trouva des tumeurs leucocythémiques des os du bassin.

OBSERVATION VII. — *Contracture des muscles de la hanche, simulant une coxalgie, consécutive à une irritation des enveloppes de la moelle (Philippeaux. — Traité thérapeutique de la coxalgie).*

En 1864, M. Philippeaux soignait une jeune demoiselle atteinte de Mal de Pott, à l'union de la région dorsale et lombaire. Un traitement général approprié fut prescrit et des cautères furent appliqués sur les côtés de la saillie anguleuse des vertèbres. Un tuteur et une gouttière devaient s'opposer à l'accroissement de la déformation. Il n'existait pas d'abcès par congestion venant faire saillie au pli de l'aîne ni ailleurs. Cette demoiselle ne se plaignait que d'une douleur au niveau de la déformation de la colonne vertébrale, et d'une difficulté dans la marche, qui s'accomplissait bien cependant.

La maladie s'amendait de jour en jour, lorsque tout à coup, et sans cause occasionnelle appréciable cette enfant accusa une très vive douleur sur toute la partie antérieure de la cuisse gauche, qui gagna bientôt le pied. Peu à peu elle commença à trainer la jambe. La cuisse se fléchit, et, par suite, le membre se porta dans l'adduction et la rotation en dedans. Dès que M. Philippeaux, qui avait été appelé en hâte par les parents effrayés, vit la malade, il crut à l'existence d'une coxalgie aiguë.

Couchée sur le dos, sa cuisse était fortement fléchie sur le bassin incliné en haut et en arrière. Elle était, en outre, portée dans l'adduction, et on constata un raccourcissement de 10 centimètres environ.

La douleur était tellement vive dans toute la partie antérieure de la cuisse au genou et à la jambe, que l'examen dut être remis.

On constata toutefois une contracture des muscles de la partie antérieure de la cuisse et une rétraction marquée des adducteurs.

Sachant par les parents que la difformité datait de peu de jours, qu'elle ne faisait qu'augmenter, que la douleur intermittente présentait des exacerbations plus ou moins fortes, M. Philippeaux rattacha cet accident à une légère compression des filets nerveux émanant de la moelle, au niveau de la lésion de la colonne vertébrale.

Le lendemain, en examinant le pourtour de l'articulation, on constatait qu'il n'existait aucun engorgement ; que, quoique la jambe demeurât très fléchie, la malade, en marchant, ne souffrait aucunement dans la jointure.

En palpant la partie antérieure et interne de la cuisse, on sentait la tuméfaction produite par la contracture, et, en exagérant la flexion de la cuisse, on rendait tout mouvement impossible à la jointure.

M. Philippeaux, ayant inutilement essayé de nombreuses applications calmantes, et remarquant que la flexion de la cuisse augmentait de plus en plus, se décida à étheriser la malade. L'anesthésie ne fit pas disparaître entièrement la contracture. Alors, pendant le sommeil anesthésique, M. Philippeaux massa violemment les muscles contracturés, opéra des mouvements alternatifs de flexion, d'extension, de rotation, et n'ayant pu encore triompher de la contracture, il plaça le bassin dans un étui et exécuta les mouvements usités pour la rupture des ankyloses, et parvint à mettre le membre dans la rectitude complète. Il appliqua un bandage, amidonné, qui fut laissé unequinzaine de jours en place. L'enfant supporta bien ce bandage, et lorsque M. Philippeaux l'enleva, il constata avec satisfaction que la contracture était vaincue et qu'il n'y avait plus de douleur à la cuisse, que les mouvements de la jointure étaient conservés, enfin que sa malade marchait sans boiter et sans souffrir.

La maladie ne se reproduisit pas.

OBSERVATION VIII (1) (*inédite*) — *Purpura hémorrhagica. Symptômes de coxalgie au début. (Communiquée par M. Tuffier).*

Henriot, journalier, 20 ans, entré le 25 septembre 1884, salle St-André n° 28, service de M. Guyon. Hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. Père bien portant, mère morte il y a 15 ans, on ne sait de quoi. Une sœur bien portante, un frère mort à 12 ans d'une maladie de cœur. Pas d'antécédents hémophiliques dans la famille.

Antécédents personnels. Pas d'antécédents strumeux. Depuis l'âge de six ans jusqu'à 18 ans, epistaxis souvent répétées. Le malade éprouvait aussi de temps en temps de très vives douleurs dans les articulations.

Depuis l'âge de 8 ans, il y a 12 ans, les articulations du genou sont enflées et souvent très douloureuses, au point que le malade ne peut marcher et est obligé de garder le lit. Sur le conseil d'un médecin il s'est appliqué plusieurs vésicatoires sans obtenir de soulagement. Il ne saignait pas abondamment lorsqu'il se piquait ou se coupait.

Etat actuel. A son entrée, facies amaigri, pâle, décoloré. Le malade se plaint de ne pouvoir marcher à cause des douleurs qu'il éprouve dans les genoux; ceux-ci sont en effet tuméfiés, déformés, douloureux; pas de chaleur de la peau. Salicylate de soude.

Deux jours après son entrée, il se plaint d'une douleur intense

(1) Communiquée par M. Tuffier, interne du service.

dans la région lombaire du côté gauche, accompagnée de vomissements verdâtres, non fécaloïdes. Il a été plusieurs fois à la selle à la suite d'un lavement donné la veille. A l'examen de l'abdomen on trouve un empâtement considérable, sans fluctuation, occupant la fosse iliaque gauche, et remontant jusqu'à la région lombaire du même côté, en avant jusqu'à l'ombilic, formant là un bord saillant. La pression à ce niveau est très douloureuse, pas de chaleur ni de rougeur à la peau. La jambe est fléchie sur la cuisse qui elle-même est fléchie sur le bassin en abduction et rotation en dehors. — On supprime le salicylate de soude et on prescrit de grands cataplasmes. Température 38°.

Le lendemain 28 septembre, M. Segond trouvant de la fluctuation un peu au-dessus de la fosse iliaque, fait à ce niveau une incision de 2 centimètres. Il incise toute la paroi abdominale qui est infiltrée de sang sans rencontrer de collection purulente; il trouve le colon rempli de sang, offrant une coloration rouge vineux; il place un drain dans la plaie, et referme celle-ci à l'aide de quelques points de suture métallique.

Le 29, hémorrhagie assez abondante par l'incision, le malade souffre moins. On trouve disséminées sur les bras, les cuisses et le scrotum de larges plaques de purpura hémorrhagique. On enlève les points de suture et on laisse le drain. Pansement de Lister compressif.

Le 30. Deuxième hémorrhagie peu abondante.

Le 1^{er} octobre. La plaie saigne beaucoup moins. Le malade se sent mieux. On renouvelle le pansement. Température 38° Selles noirâtres assez abondantes.

Le 2 octobre. Hémorrhagie très abondante hier au soir. Nombreux caillots de sang dans le pansement. On recouvre la plaie d'amadou et on met par dessus un pansement antiseptique compressif. Température du soir 39°2.

Le 3. Le pansement est traversé par le sang; épanchement en nappe. A la suite de la purge d'hier le malade a rendu des matières noirâtres assez abondantes. Teinte cireuse subictérique de la face et du corps.

Le 4. L'hémorrhagie n'a pas reparu, on laisse le pansement.

Le 31 octobre. Plusieurs hémorrhagies ont encore eu lieu. La plaie ne suppure presque plus mais n'est pas fermée. Un infarctus du poumon droit s'est produit. Le malade est dans un état de faiblesse extrême.

OBSERVATION IX. — *Ostéite du grand trochanter ayant simulé une coxalgie (Nicaise. Th. agrégation 1869).*

Chiffonnière, âgée de 13 ans, forte constitution entre le 19 décembre 1864 dans le service de M. Marjolin.

Depuis plusieurs jours douleur à la hanche et à la cuisse du côté gauche. Pas de chute, mais la malade portait habituellement de ce côté un panier assez lourd qui la fatiguait beaucoup.

Claudication, jambe dans la demi-flexion. Déformation très peu prononcée de l'aîne et du pli de la fesse. Douleur à la pression sur le grand trochanter. Abscess à la partie supérieure de la cuisse; On pense qu'il s'agit d'une coxalgie.

Morte le 16 janvier de fièvre typhoïde.

Autopsie. Ostéite suppurée du grand trochanter. Le reste du fémur est intact.

Articulation coxo-fémorale parfaitement saine. Il semble que l'inflammation du tissu osseux soit tout à fait limitée au grand trochanter qui est le point de départ de l'abcès mentionné.

OBSERVATION X — *Inflammation de la bourse séreuse trochantérienne simulant la coxalgie (Clinique de M. Duplay. Progrès médical 1874)*

B..., est tailleur, et comme tous les gens de cette profession adopte pour coudre une posture constante. Assis sur une table, les jambes pliées et passées l'une sous l'autre, il a l'habitude de reposer plus spécialement sur la hanche et la fesse du côté gauche. Il y a 20 ans, la région trochantérienne de ce côté devint douloureuse, fut le siège d'inflammation, de rougeur et d'empatement. Plusieurs abcès se formèrent; ils s'ouvrirent spontanément: les uns guérirent complètement, les autres restèrent fistuleux et donnèrent issue (d'après le dire du malade) à deux ou trois petits sequestres osseux en forme d'aiguille. Enfin ces fistules disparurent à leur tour. Mais, le malade reprit sa profession, et avec elle, son invariable posture. Tout alla bien cependant jusqu'en 1870-71. Il eut alors beaucoup à souffrir des privations et de la misère. Sous l'influence d'un mauvais état général, le traumatisme permanent que subissait la région trochantérienne y engendra de nouveau des abcès et des fistules nombreuses. Au bout de deux ans, voyant qu'elles ne tarissaient pas et qu'il souffrait davantage, il entra dans le service de M. Duplay, salle St-Barnabé lit n° 36. Jusqu'à cette époque il n'avait subi aucun traitement sérieux.

Lorsqu'on l'examine attentivement, on constate une difformité assez accusée de la région de la hanche qui est aplatie, sillonnée de cicatrices et d'ouvertures fistuleuses. Des cicatrices, les unes sont superficielles, les autres, profondes et adhérentes aux tissus sous-jacents. Il y a trois fistules principales. L'une supérieure,

située en dehors du grand trochanter, le contourne et se perd sous les muscles fessiers ; l'autre répond entièrement à la partie moyenne du grand trochanter ; un stylet introduit perpendiculairement vient heurter l'os, contre lequel il rend un son sec et caractéristique ; la 3^e fistule, située plus bas que les deux premières, se perd dans les muscles de la région postérieure de la cuisse. Cette exploration démontre l'existence d'une lésion du grand trochanter ayant donné lieu à des fistules multiples. Mais on ne peut s'en tenir à ce diagnostic car ce malade présente presque tous les signes d'une coxalgie.

Il éprouve au niveau du genou une douleur plus vive que partout ailleurs, tandis qu'à la hanche, il ressent uniquement de la gêne dans les mouvements. Ce sont là précisément les caractères de la douleur coxalgique. La claudication est aussi très prononcée : dans la marche, le malade transporte le membre gauche en avant du membre droit par un mouvement latéral du bassin ; l'articulation coxo-fémorale gauche est immobilisée par la contracture des muscles. Il existe de l'ensellure dans la région lombaire. Lorsqu'on examine le sujet debout en se plaçant derrière lui, on constate un aplatissement de la hanche très prononcée : le pli fessier est abaissé. Il maintient sa cuisse à demi fléchie sur le bassin, dans la rotation en dehors et dans l'abduction. Le membre malade paraît, à la vue, allongé de deux ou trois travers de doigt. Mais en prenant les précautions habituelles, on reconnaît qu'il est égal tout au plus à celui du côté opposé : il paraît même y avoir un raccourcissement de un centimètre. Ne sont-ce pas là les principaux signes classiques d'une coxalgie ?

Cependant l'articulation coxo-fémorale est saine et si on refoule la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, de façon à produire un choc, le malade n'accuse aucune douleur. De plus la flexion de la cuisse sur le bassin est encore possible.

M. Duplay croit à une inflammation de la bourse séreuse trochantérienne ayant suppuré et occasionné ainsi une dénudation du grand trochanter.

Pour opérer le malade, M. Duplay a incisé les parois de la poche

et est arrivé sur l'os. Quelques jours après le malade sortait guéri.

OBSERVATION XI — *Contracture du couturier simulant une coxalgie (Bergeret. Thèse de Paris 1878)*

Le nommé Gambette (Ildebert), 25 ans, mécanicien, couché au n° 23 de la salle Saint-Louis, à la Pitié; service de M. le professeur Verneuil.

Hérédité, antécédents. Rien du côté des antécédents héréditaires. Le malade déclare avoir eu, dès son enfance, la jambe gauche plus faible que la droite.

Pendant la campagne de 1870-71, qu'il a faite dans le nord, il a souffert de la hanche, mais seulement après de longues marches; il finissait même par boiter.

En 1871, il entre au Val de Grâce, on lui fait sur la hanche quelques cautérisations au fer rouge. Il n'existait à ce moment aucune déviation du membre.

Le malade quitte le service en octobre 1872, et rentre dans ses foyers à Gisors.

Il reste deux ans sans rien ressentir. Un jour qu'il était demeuré plus de trois heures accroupi il ne put se relever, et s'aperçut alors que sa jambe était fléchie; l'extension était même devenue impossible. En même temps, il ressentit une vive douleur dans la hanche gauche.

Cet état de choses dura 4 heures, puis disparut spontanément.

Il y a six semaines, le malade se relève, la jambe dans la flexion;

l'extension était de nouveau devenue impossible. Le malade interrogé sur les affections qu'il a contractées, rapporte qu'il n'a jamais eu de rhumatismes. Il a été atteint d'une blennorrhagie. Pas d'antécédents syphilitiques.

Examen du malade. En le découvrant, on voit tout d'abord une attitude vicieuse du membre abdominal gauche, rappelant celle de la coxalgie au premier degré, c'est à dire une flexion avec abduction et légère rotation en dehors. Le bassin est dévié, abaissé du côté malade, ce qui produit un allongement apparent du membre. En même temps on constate de l'ensellure.

Sur la partie antérieure de la cuisse, on voit le muscle couturier, contracté, formant une corde sous les téguments; la saillie du muscle est prononcée surtout au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, qui est abaissée.

On peut constater également que le membre a subi une atrophie notable : le pied est à la fois moins long et moins gros que celui du côté sain.

Si l'on essaie d'étendre le membre, on sent une résistance énergique, et l'on voit le couturier faire saillie sous la peau; en même temps le malade accuse une vive douleur au niveau de l'extrémité supérieure du muscle, qui se roidit fortement. Le malade souffre d'ailleurs *spontanément* à ce niveau. Il existe donc une contracture du couturier qui s'oppose à l'extension du membre.

Est-ce là la seule cause de l'attitude vicieuse, et n'y a-t-il pas lieu de rechercher du côté de l'articulation coxo-fémorale, s'il n'y a pas là une altération capable de rendre compte des modifications survenues dans les mouvements du membre? Evidemment.

Or la pression sur le grand trochanter, dans le pli de l'aîne, sur les condyles du fémur, ne provoque aucune douleur : donc pas de coxalgie.

Pour faire disparaître l'attitude vicieuse de la cuisse et du bas-

sin, il suffit d'exagérer la flexion. Dès qu'on étend la cuisse, l'inclinaison du bassin et l'allongement apparent du membre se reproduisent.

Lorsque le malade est debout, le bassin est également abaissé du côté malade ; la jambe est fléchie, et le pied ne porte sur le sol que par les orteils. Si on place la cuisse dans la flexion à angle droit sur le bassin, la déviation de celui-ci disparaît, la colonne vertébrale se redresse ; mais, en même temps, l'abduction se prononce davantage.

Ces troubles sont dus à la contraction du coxurien, qui doit elle-même dépendre d'une altération quelconque des éléments de l'articulation coxo-fémorale.

Les trois attaques si subites et si douloureuses rapportées par le malade peuvent faire songer, ainsi que la disparition rapide des accidents, de toute attitude vicieuse, à la présence dans l'articulation coxo-fémorale d'un corps étranger mobile. Si telle est la cause, le malade étant soumis à l'anesthésie par le chloroforme, le redressement et en même temps les autres mouvements doivent être possibles.

7 février. — Le malade est endormi ; la résolution musculaire permet d'obtenir facilement l'extension complète. Le parallélisme des deux membres s'établit aussitôt. Toute attitude vicieuse disparaît. Les divers mouvements imprimés à la cuisse font percevoir des craquements articulaires, signe d'une arthrite ancienne.

Le 8, les deux jambes sont fixées ensemble ; le malade passe ainsi la nuit. Il ressent quelques douleurs au pli de l'aîne et à la partie supérieure du muscle couturier, lequel au reste est complètement relâché.

Le 9 le bandage est défait ; la contracture musculaire ne reparait pas.

Le 12, le malade sort, sur sa demande de l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION XII (*inédite*) — *Contusion de la hanche ayant produit des symptômes de coxalgie*

Jeune femme de la campagne, vigoureuse, entrée à la Charité salle St-Catherine dans le service de M. Gosselin suppléé par M. Terrillon.

Cette femme est tombée de sa hauteur sur la hanche droite, de telle façon que la jambe et la cuisse se sont trouvées tordues au dessous d'elle. A son entrée la douleur était si intense qu'on crut à une fracture ou à une entorse de la hanche. Le membre inférieur droit est en flexion, abduction et rotation en dehors. Allongement apparent considérable, abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Douleur vive au niveau du pli de l'aîne. On laisse la malade au repos. Les jour suivants mêmes signes avec douleurs intenses. Mais le 5^e jour on trouve une attitude tout opposée : raccourcissement apparent, rotation en dedans, adduction, élévation de l'épine iliaque par contraction du carré des lombes du côté opposé.

On songe à une simple contracture nerveuse par douleur due à la chute et on chloroforme la malade. A mesure qu'elle s'endormait, la jambe se redressait, l'inclinaison du bassin disparaissait ainsi que la rotation et l'adduction. Il y avait donc contracture pure et simple. La résolution étant absolument complète les mouvements devenaient très faciles.

Mais à mesure que la malade se réveillait on voyait la jambe se remettre en rotation interne, la hanche se relever, l'adduction se reproduire.

Au 10^e jour, ces phénomènes avaient en grande partie disparu, les épines iliaques étaient horizontales.

M. Terrillon porta le diagnostic : inflammation légère de la hanche probablement chez une hystérique, et dans sa clinique il fit remarquer que sur 20 traumatismes de la hanche on en trouverait à peine un qui s'accompagnerait de contractures semblables.

CONCLUSIONS

1° En présence d'un malade présentant le tableau clinique de la coxalgie : claudication, déviations du bassin, flexion de la cuisse, abduction ou adduction, rotation en dehors ou en dedans, immobilisation de la cuisse sur le bassin, ensellure lombaire, etc., il ne faudra pas se hâter de conclure à l'existence d'une coxalgie.

2° Il faudra bien se souvenir que, dans certains cas, un grand nombre d'affections peuvent présenter ces mêmes symptômes.

3° Presque toutes ces affections simulent la coxalgie en donnant lieu à la contracture de certains muscles de la hanche.

4° Le diagnostic est parfois très-difficile. L'absence de douleurs dans l'articulation par la percussion sur le grand trochanter ou sur la plante du pied, le membre étant étendu, l'intégrité des mouvements de la hanche, plaideront en faveur d'une affection extra-articulaire. — Dans les cas douteux, le chloroforme pourra être très-utile.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. PETIT. — Traité des maladies chirurgicales Edition Prevost.

S. COOPER. — Mémoire, 1809.

BOYER. — Œuvres chirurgicales, 1818.

BRODIE. — Maladies des articulations, 1819. — Leçons sur les maladies hystériques des articulations, Londres, 1836.

BERARD. — Dict. en 30 volumes. Art. Hanche, 1837.

DENONVILLIERS. — Dict. des études médicales. Art. coxalgie, 1838.

GERDY. — Mémoire sur les tumeurs blanches, 1840.

OLIVIER CHALK. — London médical, gazette 1841.

PARISE. — Archives générales de médecine, 1842 et 1843.

MALGAIGNE. — Journal de chirurgie, 1843. — Leçons d'orthopédie, 1862.

MAISONNEUVE. — De la coxalgie. Th. agreg., 1844.

BONNET. — Traité des maladies des articulations, 1845.

RICHEL. — Mémoire sur les tumeurs blanches, 1853.

GIBERT. — Etude clinique de la coxalgie chez les enfants. Th. Paris, 1859.

ROBERT. — Conférences de clinique chirurgicale, 1860.

BONNES. — Thèse de Montpellier, 1860.

GOSSELIN. — Gazette des Hôpitaux, 1862. — Clinique chirurgicale t. I, 1879.

LABBÉ. — De la coxalgie. Th. agreg., 1863.

VERNEUIL. — Bulletin de la Société du chirurgie, 1865 et 1877.
— Gazette des Hôpitaux, 1873. — Dict. encycl. des sc. méd. Art. aine.

MARJOLIN. Bulletin de la Société de chirurgie, 1865 et 1871.

MARTIN ET COLLINEAU. — De la coxalgie, 1865.

DESPREZ. — Tumeurs des muscles. Th. agreg. 1866.

LANNELONGUE. — Bulletins de la Société anat., 1866. — Ostéomyélite aiguë, 1879. — Abscess froids et tuberculose osseuse, 1881.

PHILIPPEAUX. Traité thérapeutique de la coxalgie, 1867. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1867.

BOUVIER. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1867.

GIRALDÈS. — Leçons cliniques sur les mal. chir. des enfants, 1868.

NICAISE. — Diagnostic des maladies de la hanche. Th. agr., 1869.

VALETTE. — Dict. de méd. et de chir. prat. Art. coxalgie, 1869.

J. SIMON. — id. — id. — id. Art. contracture, 1872.

CHARCOT. — Leçons sur la paralysie et la contracture hystériques, 1872.

DELENS. — De la sacro-coxalgie. Thèse agrég., 1872.

DUPLAY. — Patologie externe, t. III, 1874. — Progrès médical, 1874. — Gazette des hôpitaux, 1878.

BERGER. — France médicale, 1874.

MATHIEU ET STRAUSS. — Dict. encycl. des sc. méd. Art. coxalgie, 1876.

BERGERET. — Th. Paris, 1878.

GIBNEY. Amér. jour. of. méd. sc. p. 386, 1878.

CASTEX. — Des adénites iliaques. Th. Paris, 1880.

SIMONNEAU. — Coxalgie tub. des enfants. Th. Paris, 1880.

BENOIT. — Déformations appar., des membres inférieurs dans la coxalgie. Th. Paris, 1880.

HAVAGE. — Tumeurs du bassin. Th. Paris, 1881.

CAZIN. — Bulletin de l'académie de médecine, 1881.

LAUNOIS. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juin
1884.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Division du sujet.....	9
Symptômes de la coxalgie.....	10
Des diverses affections qui peuvent simuler la coxalgie.....	23
Physiologie des mouvements de la hanche.....	25
Contractures idiopathiques	27
Contractures symptomatiques.....	30
Contractures reflexes	42
Coxalgies simulées.....	47
Observations	48
Conclusions.....	75
Bibliographie.....	76

Vu, bon à imprimer,	Vu le Président de la thèse,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,	LANNELONGUE.
GRÉARD.	

